



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Nélide Cervone

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Nadia Del Valle Castillo

TÍTULO DEL TRABAJO:

Conductas autolesivas en adolescentes

SEDE:

La Rioja

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Alicia Pose

FECHA DE PRESENTACIÓN:

20/03/2019

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
📞 (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
📞 (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
📞 (03756) 15401364

“CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN ADOLESCENTES”

Castillo Nadia

Mat: 250

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

PAGINA DE APROBACION

EVALUACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Clasificación:.....

DEFENSA ORAL DEL TRABABO FINAL DE INVESTIGACION

Clasificación:.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

.....

.....

EQUIPO DOCENTE

Directora: Dra. Nélida Cervone

Vice Directora: Viviana Stirnemann

Tutor: Lic. Alicia Pose

Asesor Metodológico: Horacio Gallardo

Coordinación: Alejandra Tutino

Autor: Nadia Castillo

Los cambios constantes, acelerados o vertiginosos de la vida moderna, la cultura de la imagen, de lo efímero, la revolución informativa y la globalización, también nos exigen un reposicionamiento frente a las nuevas circunstancias. La noción de familia, de parentalidad y filiación (o deseo de hijo), la noción de sexualidad, de trabajo y ocio, de norma y transgresión, están evidenciando hondos sacudones en las últimas décadas, y ya no significan lo mismo que antaño. Si cambia el mundo cambia nuestra mente y tenemos que abocarnos a pensar y entender cuáles son las fuentes de producción de subjetividad en este presente del tercer milenio.

Marcelo, Viñar. (2009)

INDICE

1 RESUMEN

1. CONTEXTUALIZACION

1.1 Introducción.....	1
-----------------------	---

2. FUNDAMENTACION

2.1 Justificación.....	4
------------------------	---

2.2 Definición del problema.....	6
----------------------------------	---

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL.....7

3.1 ¿Qué es la adolescencia?.....	8
-----------------------------------	---

3.2 Consideraciones sobre el cuerpo en psicoanálisis.....	12
---	----

3.3 Adolescentes en riesgo.....	17
---------------------------------	----

3.4 Conductas autolesivas.....	21
--------------------------------	----

4. OBJETIVOS.....25

4.1 Objetivos generales	
-------------------------	--

4.2 Objetivos específicos	
---------------------------	--

5. DISEÑO METODOLOGICO..... 26

5.1 Población y unidad de análisis.....	27
---	----

5.2 Técnicas de recolección de datos.....	28
---	----

6. PRESENTACION DE CASOS

6.1 Caso Florencia.....	30
-------------------------	----

6.2 Caso Fiorella.....	35
------------------------	----

6.3 Caso Martina.....	40
-----------------------	----

6.4 Caso Jazmín.....	48
----------------------	----

6.5 Caso Natalia.....	53
-----------------------	----

7. ARTICULACION TEORICO – PRÁCTICA.....60

7.1 Categorías de Análisis.....	61
---------------------------------	----

7.2 Análisis caso por caso.....	65
---------------------------------	----

- Caso Florencia.....	67
-----------------------	----

- Caso Fiorella.....	75
----------------------	----

- Caso Martina.....	81
---------------------	----

- Caso Jazmín.....	90
--------------------	----

- Caso Natalia.....	99
---------------------	----

7.3 Cuadro de conductas autolesivas.....	110
--	-----

8. CONCLUSION Y APORTES.....	112
9. ANEXOS	
9.1 Anexo I	
- Presentación Institucional.....	118
- Instrumentos.....	120
9.2 Anexo II	
- Reconstrucción completa de casos seleccionados.....	133
10. BIBLIOGRAFIA.....	182

Resumen

Las conductas autolesivas en los adolescentes de la época son una práctica que se ha incrementado en el último tiempo, presentándose como uno de los nuevos síntomas sociales, que refleja un malestar no solo a los jóvenes que lo padecen sino, también, al entorno social.

Para dar cuenta del trabajo de investigación, se recurrió al convenio con el Centro Terapéutico “Cpaij”, donde se atienden todas las problemáticas de la salud mental de forma interdisciplinaria, la cual tiene una gran demanda adolescente.

El mismo tuvo como base teórica y práctica la teoría psicoanalítica para describir y analizar las motivaciones y los modos en que se desencadenan las conductas autolesivas en adolescentes de 13 a 18 años de edad de la Ciudad de La Rioja, durante el año 2017; describiendo así, el motivo desencadenante que llevó a los jóvenes estudiados al despliegue de tales conductas.

Desde una perspectiva cualitativa, la investigación se enmarcó en el estudio de casos, recurriendo a la utilización de un tipo de diseño exploratorio – descriptivo. La observación no participante y las entrevistas semi-estructuradas fueron las fuentes elegidas por excelencia para analizar la problemática planteada.

Palabras claves: Adolescencia – Conductas Autolesivas – Suicidio

INTRODUCCIÓN

El presente escrito pretende ser el documento en el que se expongan los resultados del proceso llevado a cabo en la investigación del tema elegido para la realización del Trabajo Integrador Final de la carrera de Psicología, que consiste en indagar acerca de las **“Conductas autolesivas en adolescentes de la Ciudad de La Rioja, que asisten al Centro Terapéutico Cpaij”**; requisito éste indispensable para obtener el título de grado de Licenciado en Psicología, que expide el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, “Fundación H. A. Barceló”.

Constituye el objetivo principal del mismo, llegar a establecer conexiones entre la teoría y la realidad que la clínica presenta para determinar los modos en que se desencadenan las conductas autolesivas y las motivaciones que llevaron a los adolescentes que consultan en el Centro de Prevención y Asistencia Infantojuvenil “CPAIJ”, ubicado en la calle Guillermo San Román 1214, de la Provincia de La Rioja, Capital.

Los resultados de dicho proceso de investigación, son fruto del trabajo de campo realizado en la institución durante el año 2017, cumpliendo un total de 210 horas, requisito establecido en el reglamento del trabajo integrador final.

La elección del tema a ser investigado surgió de la inquietud que me suscita observar esta problemática denominada *self-injurious behaviours*¹, práctica que se ha incrementado en el último tiempo sobre todo en la etapa adolescente.

Lawrence Claes y Walter Vandereycken define a las conductas autolesivas como “Un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio” (cit. por Lina Casadó).

Se trata de conductas destinadas a producir daño físico en el propio cuerpo sin la intención de provocar la muerte, no es algo accidental sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo. Por lo general no

¹ Conductas autolesivas

existe intención de morir; sin embargo, en algunos jóvenes puede haber cierta ambivalencia al respecto.

Es importante tener en cuenta a la hora de pensar las “adolescencias”, no como un objeto natural sino como una **construcción cultural** en términos de Viñar. Construcción que se modifica constantemente en relación a las transformaciones aceleradas de la cultura; el autor plantea que: “el periodo de transición vigente hasta el siglo XX, con un promedio de vida de entre tres y cuatro décadas, es bien diferente al del siglo XXI en el que la expectativa de vida al nacer - en las clases acomodadas del occidente actual – se sitúa entre los setenta y ochenta años” (2009, p.34). Por lo tanto la adolescencia será ubicada de acuerdo al contexto sociocultural en el que se desarrolle y estará proclive a múltiples transformaciones.

Dice Jeammet, un adolescentólogo francés, que “la adolescencia es el espejo de la sociedad, los cambios adolescentes responden a los cambios sociales”. No podemos dejar de tener en cuenta el contexto sociocultural en el cual se desarrollan tales manifestaciones conductuales, como así también prestar atención a la etapa por la que el adolescente está atravesado.

En esta búsqueda de dar un significado a aquellas conductas autolesivas que presentan los jóvenes de hoy, debemos tener en cuenta factores multicausales: *subjetivos, intersubjetivos y transubjetivos*.

Subjetivos: estructura psicopatológica del adolescente, crisis adolescente, duelos, autoestima, etc.

Intersubjetivos: familia, conflicto intergeneracional, educación, redes de contención, grupo de pares.

Transubjetivos: Espacio cultural y social en que el adolescente se encuentra inmerso.

Según las estadísticas que maneja la Organización Mundial de la Salud las autolesiones no suicidas, representa un trastorno psicopatológico que afecta a millones de personas en el mundo; lo que hace que se incremente la atención en este tipo de problemáticas de la salud mental. Para la OMS, “Las autolesiones no suicidas representan un tipo de violencia que puede poner en riesgo a la persona que la realiza

y, en algunos casos, puede ser la puerta a una conducta suicida; aunque no en la mayoría de los casos” (cit. Osorio, F. 2015, p. 23).

Teniendo esto en cuenta, es prudente aclarar que los datos que utilizaremos en el presente trabajo remiten al marco histórico cultural de la provincia de La Rioja, Argentina. Con el fin de analizar diferentes casos que llegan a la institución “CEPAIJ”, buscando contextualizar y/o determinar cuáles son las prácticas autolesivas que se presentan. Prácticas novedosas en el territorio adolescente; no por ser desconocidas sino por su extensión e incidencia pronunciada.

Para la articulación teórico-práctica que el presente trabajo exige, se recurrió a los aportes de autores psicoanalíticos que permiten pensar el modo particular de sufrimiento psíquico existente en los sujetos afectados por estas conductas.

Se trabajará el análisis del *caso por caso* desde un enfoque interdisciplinario. Cabe destacar que el equipo interdisciplinario está conformado por distintos profesionales, según sea necesario, para el abordaje diagnóstico y terapéutico de cada caso, teniendo en cuenta el motivo de consulta y la severidad del mismo.

“Es necesario la convergencia de múltiples saberes para interrogar problemas complejos, a pesar de sostener las diferencias necesarias entre las distintas disciplinas participantes para el armado de la estrategia en dirección a la cura” (Ponce de León, E. 2005).

JUSTIFICACIÓN

“La adolescencia es mucho más que una etapa cronológica de la vida y el desarrollo madurativo, es un trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad, que como cualquier proceso viviente, tiene logros y fracasos que nunca se distribuyen en blanco y negro” (Viñar, M. 2009, p. 15).

Teniendo en cuenta este pensamiento discernir entre lo normal y lo patológico será una tarea difícil, debido a las constantes modificaciones que se presentan en las adolescencias, acompañadas de los cambios socioculturales que atravesamos constantemente. Es por ello importante tener en cuenta que en este tránsito adolescente hay transformaciones, logros y fracasos que no tienen un tiempo cronológico definido sino que es más bien un camino lleno de constantes modificaciones. Este tiempo puede estar marcado como dice el autor: “en la niña con la menarca y en el varón con la primera eyaculación o polución nocturna, en compañía del cortejo de cambios corporales por todos conocidos” (Viñar, F. 2009, p. 16).

“Hoy los síntomas tienen poca cabida en el espacio mental, y el padecimiento, en buena parte de los casos, no es una novela o un cuento, lo que llamamos fantasía de enfermedad. Hoy se trata de crisis de pánico, trastornos alimentarios, de las conductas adictivas, de las conductas hostiles y/o de riesgo para sí mismos o los demás”. Estos tipos de padecimiento plantea el autor que no son sufridos sino actuados y no hay una mirada refleja para interrogar las causas o fuentes de tal padecimiento. Por este motivo, “Prodigar y aplaudir estas conductas, auto o hetero-agresivas, es propio de esa edad, sobre todo en una época en donde se enfatiza el espectáculo y la exhibición” (Viñar, F. 2009, p. 28).

A lo que hace referencia el autor Viñar es que nos encontramos en un mundo cambiante, fugaz, donde se pone de relieve el cuerpo como objeto de consumo, donde no importa quienes somos, sino, qué tenemos y que podemos conseguir, siempre apuntando al placer y dejando por fuera toda posibilidad de displacer.

Una de las autoras que aborda el tema del cuerpo es la Lic. Silvia Zamorano; en la revista de “Psicoanálisis y el Hospital”, dice al respecto:

“El cuerpo es un objeto de consumo que se vende, se muestra, se exhibe, que entra en una serie de objetos ofrecidos por el mercado. Esta transformación entraña la paradoja de que nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto de consumo” (2010, p 102).

Teniendo en cuenta este contexto surge la necesidad de indagar sobre los modos de conductas autolesivas en los adolescentes de la ciudad de La Rioja, teniendo en cuenta los factores motivacionales desencadenantes.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hoy en día las llamadas “patologías del acto” definidas por el autor Barrionuevo, en el año 2008, como “*problemáticas que ponen como escenario el cuerpo y tienen al acto como recurso privilegiado*” han tomado protagonismo por el fuerte impacto que provocan en la sociedad y sobre todo en los jóvenes. El sujeto no puede apelar al lenguaje para expresar situaciones que lo desbordan emocionalmente, recurriendo a la acción, en una tendencia al acto.

Por ello se busca analizar “**Las Conductas Autolesivas**” que presentan los consultantes que llegan al “Centro de Prevención y Asistencia Infantojuvenil, de la Ciudad de La Rioja”.

Aquellos adolescentes que comienzan a autolesionarse de uno o varios modos, ya sea en el contexto de una patología o en lo que es considerado “*conducta juvenil por identificación con el grupo de pares*”, o en un “*acto solitario*”; es una tentativa a la que hay que prestarle mucha atención, por ser una práctica que se ha incrementado en el último tiempo.

Si bien estos jóvenes poseen una conflictiva psíquica que trataremos de dilucidar en el desarrollo del presente trabajo, resulta relevante problematizar las conductas autolesivas en adolescentes y frente a esta posibilidad preguntarse:

- ¿Con que tipo de conducta nos encontramos a la hora de pensar en la autolesión? ¿Compulsiva o impulsiva?
- ¿Cuáles son los motivos manifiestos que expresan los adolescentes para justificar dichas conductas?
- ¿Qué lugar ocupa el cuerpo en el psiquismo del sujeto? ¿Y el cuerpo en la actualidad?
- ¿Las conductas autolesivas tienen relación con el intento de suicidio?

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En las páginas siguientes se trata de englobar referencias teóricas sobre la problemática de la autolesión, brindando a quienes se interesen en estudiar el tema, una referencia adecuada y concisa, la cual está sujeta a modificaciones y otros agregados que beneficien el objetivo primordial.

Para brindar una mayor claridad en la lectura, se dividió el marco teórico en una serie de temas que abarcan la problemática de manera profunda.

Los temas a tratar serán los siguientes:

- ¿Qué es la Adolescencia?
- Consideraciones sobre el cuerpo en psicoanálisis
- Adolescentes en riesgo
- Las conductas autolesivas

¿Qué es la Adolescencia?

Como primera aproximación, es necesario resaltar que la adolescencia se inicia con un hecho propiamente biológico: la **pubertad**. Por ello, inevitablemente marca un tiempo. Un tiempo de **metamorfosis** dirá Freud. Cabe aclarar que en esa época en que dicho autor escribió acerca de lo que acontece durante ese momento, no existía en el idioma alemán el concepto “adolescencia”. Sin duda el término aparece con posterioridad. Por lo tanto, pubertad era la palabra que se utilizaba para hacer referencia tanto a la etapa de maduración física como también a las características psicológicas concomitantes.

En el texto “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud formula su concepción acerca de la sexualidad humana en dos tiempos. Esta concepción lleva en si la idea de una sexualidad que nace de la libidinización del cuerpo del recién nacido a partir de los cuidados afectuosos de los que lo rodean y que luego, alrededor de los cinco años de vida, se ve interrumpida por el **periodo de latencia**. Esto coincidiría nos dice el autor, con el ingreso del sujeto a otras instituciones (en especial la escuela) que le exigen establecer ciertas barreras que contengan lo intempestivo de la pulsión sexual. Dichas barreras conforman lo que se conoce en psicoanálisis como **diques pulsionales**: asco, moral, pudor, que se ponen de manifiesto constantemente en esta etapa.

Debe destacarse asimismo que otro acontecer importante durante el periodo de latencia es la represión de los deseos incestuosos hacia los padres que determina el Complejo de Edipo, que representa a la historia de Edipo Rey².

El **Complejo de Edipo**: es un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. Según Freud es vivido entre los tres y cinco años de edad, durante la fase fálica; su declinación señala la entrada en el periodo de latencia. Se experimenta una reviviscencia durante la pubertad y es superado, con mayor o menos éxito, dentro de un tipo particular de elección de objeto.

Como sabemos la elección de objeto no tiene lugar de modo pleno hasta la pubertad, siendo la sexualidad infantil fundamentalmente autoerótica. Desde este punto de vista, el Complejo de Edipo, aunque esbozado durante la infancia, solo se manifestaría claramente en el momento de la pubertad, para ser en seguida superado. (Laplanche y Pontalis, 2004)

² “Deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto.”

Con la entrada en la pubertad llega a su fin el periodo de latencia y se inicia lo que Freud denominó la **“segunda oleada de la sexualidad”**. Para el autor implica un momento de reediciones y redefiniciones donde las pulsiones parciales se subordinan bajo el primado de la **genitalidad**; se produce consecuentemente el desasimiento del sujeto de la autoridad de los padres y esto posibilita la salida exogámica para tratar de hallar un objeto de amor por fuera de la familia. Asimismo, la aparición de los caracteres sexuales secundarios producirá una importante conmoción en el psiquismo del púber, quien deberá entregarse a un complejo proceso de reelaboración de la imagen de su propio cuerpo.

Si pensamos a esta etapa en términos de Viñar, diríamos que las adolescencias vienen después de las infancias, (requiere utilizar el plural porque varían de acuerdo al contexto socio-cultural e histórico en el que se desarrollan). El mundo infantil ha sido un mundo de credulidad dice el autor; confiábamos en el saber de los adultos, ellos mostraban lo que estaba bien y lo que estaba mal, lo justo y lo injusto, lo lindo y lo feo, la credulidad domina la infancia. Pero posterior a esto aparecen las adolescencias, como un tiempo opuesto, “tiempo de derrumbe de esa dependencia y credulidad del mundo infantil, del crédito casi ilimitado que otorgábamos al mundo adulto, como principio de sabiduría y autoridad” (Viñar, 2009, p. 20).

El derrumbe de esta credulidad no viene sin turbulencias, el desprendimiento de las figuras parentales de la infancia y sus subrogados, es un proceso necesario, imprescindible y hasta podríamos decir saludable, aunque esto genere ruido y dolor en quienes lo atraviesan.

“El adolescente de hoy se encuentra con patrones patriarcales fluidos y cambiantes producto de una modernidad líquida” (Viñar. M, 2009).

Los esquemas culturales han cambiado, hoy hay que crear normas y esto provoca que algunos padres no tengan claro cuáles son los límites. Muchas veces nos encontramos con que no hay adultos que sostengan el conflicto, no se sostiene la confrontación.

“El dilema no está entre la existencia o ausencia total del conflicto en esta etapa, sino que radica en su calidad, textura y desenlace. Hay conflictos que se empecinan y empantan en la repetición y otros en los que se ventila la creatividad de la perlaboración” (Viñar, 2009, p. 19).

Con esto nos damos cuenta que lo preocupante en la actualidad es la incapacidad o el desistimiento del mundo adulto para fijar pautas, normas y límites a la pretendida autonomía juvenil.

Luego de la 2^{da} Guerra Mundial, después de los años '50 del siglo pasado, el adulto empieza a perder poder, pero, sobre todo, empieza a perder autoridad. Y los jóvenes, que iban creciendo sin una autoridad fuerte que los limitara o les sirviera de referencia, comienzan a ocupar espacios que antes no les estaban permitidos. Podían, por primera vez, ascender al escenario social en calidad de modelos. (Mario E. Pujo. Junio 2010. Pág. 11)

Por su parte, L. Kancyper tomando a Leclaire, expresa sobre esto que, “el adolescente ocupa un lugar en la fantasmática de la pareja, lugar que estará determinado por la relación con el sistema narcisista de la madre y del padre y que se plasmará en una representación (representante primario)”.

Este representante primario operará durante toda la vida como referencia constante. A partir de esto el adolescente necesitará, dirá el autor, efectuar un trabajo de reelaboración diario para conquistar su condición subjetiva.

Leclaire nos dice al respecto que la práctica psicoanalítica se funda en el trabajo constante de una fuerza de muerte. La que consiste en “**matar al niño maravilloso o terrorífico** que de generación en generación atestigua los sueños y deseos de los padres. Matar la representación del niño-rey es la condición en la cual en ese mismo instante, el yo empieza a nacer” (Matan a un niño, Bs As. 1977).

Este trabajo de muerte, de desenganche y renganche, de reinscripción cotidiana, adquiere una mayor importancia en la adolescencia.

Por este sentido, “la adolescencia reinstala la asunción de la problemática de la castración de la bisexualidad y de la castración simbólica: soportar la incompletud y por ende la diferencia” (Kancyper; L. 1985).

El mismo autor a su vez, desarrolla su trabajo a cerca de la “Confrontación Generacional”, instancia que está en íntima relación con la construcción subjetiva del adolescente.

Estos sentimientos de amor- odio se despliegan en la adolescencia sobre la dinámica parento-filial y fraterna, son un proceso esencial para la adquisición de la identidad del sujeto. Su condición primera es la presencia de otro como una alteridad, ni blanda ni arbitraria, que posibilita la tensión de la diferencia entre los opuestos (no es equivalente a ser enemigo). Sin este arco de tensiones, se paraliza la dialéctica de las identificaciones-desidentificaciones y reidentificaciones que se despliega durante toda la vida. (Kancyper; L. 1985)

Empero también debemos preguntarnos, ¿Qué sucede cuando no existe tal confrontación generacional? Como se ha mencionado anteriormente, la ausencia de conflicto no es una buena señal:

“Cuando esto no sucede, se produce un Borramiento de la diferencia generacional, y la necesaria rivalidad edípica deviene en una trágica lucha narcisista; en lugar de la confrontación, se instauran la provocación, la evitación o la desmentida de la brecha generacional, alterando el proceso de la identidad. A consecuencia se produce entonces, un vacío indentificadorio cuyo resultado en el adolescente puede ser, por un lado, la desesperanza, el vacío y por consiguiente las tendencias autoagresivas. Se trata de jóvenes que tienden a exponerse constantemente a situaciones de riesgo, sin medir los peligros que corren, dominados por el **Desafío Tanático**, concepto este trabajado por Kancyper en su escrito “adolescencia y a posteriori. (Kancyper; L. 1985. Pág. 534)

Este desafío del que habla el autor, está signado por la pulsión de muerte, que a través de provocaciones sadomasoquistas entre padres e hijos, el adolescente repite compulsivamente un “renganche”, donde quedará atrapado en una pseudoindividuación.

Por otro lado, habla de lo que es el **Desafío Trófico**, que promueve el crecimiento y la individuación del adolescente, que al mismo tiempo que cuestiona lo establecido crea productos nuevos; este desafío está signado por la pulsión de vida y provocaría como resultado final una buena salida a la exogamia, hay un adulto que sostiene el conflicto, lo que genera aprendizaje y crecimiento.

Por todo esto, se comprende la enorme complejidad que reviste la adolescencia y los cambios por los que tiene que atravesar el sujeto durante este periodo.

Enfrentado con la pérdida, con la desaparición de un mundo y un cuerpo infantil, y con este *ir en aumento que quema, que arde(...)*, el joven se interroga acerca de su propio lugar y el de los otros en el mundo(...). El intento es saber acerca del deseo del Otro, encontrar en la mirada del otro, amado y amante, algo que pueda garantizar un nuevo lazo entre la imagen y el cuerpo, sentido desde el interior; sufriendo la desestructuración de su ser niño que lo re-enfrenta a la angustia del cuerpo fragmentado. (Barrionuevo; J. Editorial Eudeba. 2000; pág. 20)

Es por esto que podemos pensar al tránsito adolescente como aquello que viene a representar un “sacudón” no solo para él joven y su entorno, sino también, para la sociedad en la que se encuentra inmerso.

Un sabio filósofo de la historia, como lo fue Sócrates, en el siglo V a.c, describe la conducta de los adolescentes de manera asombrosa planteando que: “Los jóvenes de hoy aman el lujo, están mal educados, desdeñan la autoridad, no tienen ningún respeto por sus mayores y charlan en vez de trabajar. Ya no se ponen en pie cuando un adulto entra en la habitación en donde se encuentran. Contradicen a sus padres, en la mesa se apresuran a engullir los postres, cruzan las piernas y tiranizan a sus maestros”.

Que el adolescente sea inmaduro es algo que resulta entonces inevitable y necesario si se tiene en cuenta que se encuentra transitando un camino que implica transformaciones, crecimiento y que a la vez exige tiempo.

Consideraciones sobre el cuerpo en psicoanálisis

Empezar a deslindar ciertas nociones que atañen a ese algo tan particular que resulta ser el **cuerpo** propio para un sujeto y lo comprometido que se encuentra en ciertas patologías, como ocurre en el fenómeno de las patologías del acto y en especial si hablamos de autolesiones, no es tarea sencilla. “El cuerpo ha sido desde los tiempos primitivos dice Beatriz Janin, un portador de imágenes, (recordemos los rostros pintados de las culturas primitivas) es por esto que podemos decir que se pone en juego algo de lo sociocultural también”. (Janin; Beatriz y Elsa Kahansky. Julio 2009. Pág. 7).

El **Yo** es, ante todo un *yo corporal*, no es solamente un ser de superficie, sino que “*él mismo es la proyección de una superficie*”. (Freud; S. “Yo y Ello”.1923). Asimismo Kancyper postula que “esta formulación apunta a definir lo corporal, no en términos de cuerpo anatómico, sino en referencia a la imagen del propio cuerpo como algo facticio, como una configuración que no es dada en forma natural, sino que se adquiere mediante una permanente tarea de construcción que opera desde y para el sujeto”. (Kancyper, L. 1985. Pág. 539)

En “Psicología de las masas y análisis del yo”, Freud expone: “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo” .Es en el presente texto que, aborda el tema de la constitución del Yo a través del proceso de **identificación**. Al respecto afirma: “el psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana exteriorización de una

ligazón afectiva a otra persona”. Más adelante aclara: “solo se discierne que la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanzas del otro, tomado como <<modelo>>”. Es decir a través de la apropiación de rasgos del otro, el Yo-Cuerpo del niño comienza a formarse y a adquirir la capacidad de registrar las experiencias sucesivas de placer y dolor, que finalmente irán permitiendo el reconocimiento del “sí mismo”. (Freud. S; 1921)

Estamos hablando de que el sujeto ira formando así, su ***Imagen Corporal***, imagen formadora de sí mismo que luego en la adolescencia transitará por múltiples transformaciones. Esta *imagen corporal* de la que habla la autora Hebe Lenarduzzi, se diferencia del ***Esquema Corporal***, que es propio de cada especie y se vincula con el cuerpo biológico y real.

La *imagen corporal* si bien está basada en el proceso neurológico de cada individuo, es un concepto subjetivo, consciente e inconsciente.

“Dicha *Imagen corporal* está relacionada con las experiencias erógenas particulares de cada individuo a lo largo de su historia. Es diferente de una persona a otra, y está influida por la forma en que ha sido tocada, cuidada y acariciada, así como por las experiencias dolorosas” (Lenarduzzi, H. 2005. Cap. 8. Pág. 92).

Estos dos conceptos se van complementando mediante las experiencias sensoriales y afectivas de la infancia, si bien debemos recordar que constituyen formaciones dinámicas, siempre estarán sujetas a la reestructuración a lo largo de la vida, postula la autora.

Será Lacan, quien se explaye sobre dicho tema al teorizar el **Estadio del Espejo** como instancia fundamental de formación del Yo, aportando cierta sistematización a tales ideas.

El *Estadio del Espejo* se refiere a aquella construcción corporal que formula Lacan en el año 1936 y que luego presentó en el Congreso anual de Psicoanálisis. El concepto se despliega en la comunicación presentada en el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Zúrich, el 17 de julio de 1949 “Influido por los trabajos de Henri Wallon, así como por las investigaciones etológicas y neurológicas de la época, Lacan descubre la importancia del Espejo en la formación de la identidad de un niño, que se produce entre los seis y dieciocho meses” (Nasio. J-D. 2008. Pág. 88).

La importancia de esta fase debe relacionarse según el autor, con la prematuridad del nacimiento demostrada objetivamente por el estado anatómico incompleto del sistema nervioso y por la falta de coordinación motora característica de los primeros meses.

En unos de sus importantes trabajos, Lacan refiere: “he señalado a menudo que el trabajo del Estadio del Espejo no es simplemente un momento del desarrollo. Cumple también una función ejemplar porque nos revela alguna de las relaciones del sujeto con su imagen, en tanto Urbild del yo”. (Lacan, J. 1954. 1^{ed} 2013. p. 21)

Dicho pasaje resulta ser de suma importancia por cuanto el autor estaría haciendo intervenir la **imagen del cuerpo** como **arquetipo**, como **matriz** formadora del yo. Podría representar entonces aquella “**nueva acción psíquica**” necesaria (a la que se refiere Freud) para la constitución del narcisismo propiamente dicho.

Lacan afirma que lo que sucede durante la fase del Espejo, es del orden de un **descubrimiento**. Ocurre muy temprano en la vida cuando el lactante, sorprendido, es embargado por la alegría que le genera ver la silueta de su cuerpo reflejado en el espejo. El niño percibe pues su cuerpo como una **Gestalt**, como unidad dotada de forma. Sin embargo, se trata de una **anticipación imaginaria**, nos dice el autor, porque su desarrollo psicomotriz aún no ha culminado. La explicación que da es la siguiente: “la sola visión de la forma total del cuerpo humano brinda al sujeto un dominio imaginario de su cuerpo prematuro respecto del dominio real. Ésta formación se desvincula del proceso mismo de la maduración, y no se confunde con él. El sujeto anticipa la culminación del dominio psicológico, y esta anticipación dará su estilo al ejercicio ulterior del dominio motor efectivo” (Ídem cit. ant.). Luego dirá sobre la fase del espejo: “aquí es donde la imagen del cuerpo ofrece al sujeto la primera forma que le permite ubicar lo que es y lo que no es” (Ídem).

Por su parte, el autor Nasio advierte y explica:

El personaje principal del Estadio del Espejo no es él bebe, ni siquiera su mirada, sino la **Imagen Especular** de su cuerpo. Si imaginamos el *Estadio del Espejo* como un drama alrededor de la *Imagen especular*, los demás personajes serían: el *cuerpo* del niño, la *luz* que lo ilumina, el *espejo* que lo refleja, el *ojo* que capta la imagen y, por último, el adulto que acompaña al niño, *testigo* de la escena. Todos estos protagonistas representan un drama cuyo desenlace es el nacimiento del yo del niño, del *sí mismo* y del *otro*. (Nasio, J-D. 2008. p. 88)

Para mayor comprensión es necesario volver a recordar que en un primer momento, el cuerpo del recién nacido se encuentra agitado por las diversas pulsiones que parten de diferentes zonas erógenas. Tal estado no hace más que dar al niño la experiencia de vivir su cuerpo como fragmentado, desmembrado. Por lo tanto, ante la tensión que este estado le genera y para evitar la amenaza que le representa, se “precipita” y a la

vez se transforma en aquella **imagen ilusoria** que le devuelve el espejo de su cuerpo como un todo, como unidad. Ilusoria por cuanto, retomando lo que dice Lacan, representa una anticipación respecto de su desarrollo madurativo. De aquí se explica el gozo y júbilo de la reacción del niño frente al espejo.

Aprehensión y dominio imaginario del cuerpo efectuados en base a una **identificación**, especifica entonces Lacan. Pero ¿Identificación a qué? Identificación a la **imagen especular** y a su vez a la **imagen del semejante**. Podría agregarse que no se trata solo de la implicación de un objeto-espejo como tal, sino también a aquello que cumple la función de **ser espejo**: la **mirada del Otro y su deseo**.

La capacidad del otro para ubicarse como espejo, va a brindarle la posibilidad al niño para metabolizar los estados afectivos de placer y displacer.

Con la aparición de la Pubertad: se produce un gran incremento en la secreción de las hormonas sexuales y, en consecuencia, una serie de fenómenos bio-psíquicos en constante modificación.

Dentro de los fenómenos fisiológicos que experimentan los púberes en esta etapa nos encontramos por ejemplo:

[Un aumento notable de la talla, de la masa muscular, del tamaño de los órganos sexuales; el rostro experimenta un crecimiento asimétrico en sus diferentes partes constitutivas, se desarrollan las glándulas mamarias, el vello aumenta en cantidad y varía su distribución como rasgo diferencial del sexo (barba y vello pectoral en el varón); aumentan y se modifican cualitativamente las secreciones sebáceas y sudoríparas. (Lenarduzzi, H. 2005. Cap. 8. p. 93)

Todos ellos deben ser asimilados por el yo e incorporados tanto al *Esquema* como a la *Imagen corporal*.

En la pubertad hay una nueva vivencia de cuerpo fragmentado, debido al desarrollo brusco y asimétrico de los diferentes segmentos corporales.

Pueden surgir sentimientos de extrañeza nos dice Lenarduzzi; la imagen que se refleja en el espejo es sentida como nueva y a veces inquietantemente extraña. Se trata de una imagen que muestra rasgos en transición como describimos arriba: nariz grande, imperfecciones en la piel, miembros muy largos, etc. Casi todos los adolescentes sienten diferentes grados de inadecuación y aun de fealdad. Extrañan el cuerpo infantil y sienten una enorme distancia entre la figura que ven ante sí y el ideal estético actual, impuesto en su mayoría por los medios de comunicación.

Frente a estos cambios descriptos, vividos por el adolescente de manera brusca, se producen perturbaciones emocionales con predominio de las tendencias

sadomasoquistas del yo ideal, desencadenándose de este modo autoataques. Cuanto más inseguro se sienta el adolescente, menos tolerante será con su cuerpo y proyectará la inseguridad en aspectos parciales de su apariencia física.

Las vicisitudes de los cambios corporales de la adolescencia y su respectiva asimilación psíquica influyen decisivamente en algunos trastornos físicos de carácter funcional, así como en la vulnerabilidad psicosomática.

Cuando la angustia, la aflicción, la rabia, el terror o la excitación inhabituales son somatizadas en lugar de ser reconocidas y elaboradas psíquicamente, el individuo queda de pronto inmerso en un modo de pensamiento primitivo, en el cual los significantes son preverbales...La somatización puede ser conceptualizada entonces, como forma de funcionamiento preverbal o protosimbólico que constituye también un protolenguaje. (cit. en Janin, B. 2009. p. 23)

La autora Lenarduzzi plantea la importancia de la mirada resignificante de los padres; “Si lo apoyan, si lo valoran, si aceptan sus intentos de independencia, si lo ayudan a introyectar una imagen valorada de sí mismo. Si por lo contrario proyectan en él los aspectos desvalorizados de ellos mismos, se intensifican los sentimientos persecutorios” (Lenarduzzi, H. 2005. Cap. 8).

Beatriz Janin, en su libro “marcas en el cuerpo de niños y adolescentes” postula que el cuerpo está atravesado por múltiples significantes:

El cuerpo está inevitablemente marcado por el deseo, la pulsión; por los encuentros con otro ser humano y también por sus desencuentros; marcado por la compleja intrincación de la historia libidinal necesarias para que el cuerpo real devenga cuerpo erógeno. Pero a veces ese cuerpo es también marcado por heridas, cicatrices, enfermedades. Aparece entonces, como un lugar en donde se manifiestan muchas de las problemáticas psíquicas; cuerpo representado, cuerpo fantaseado, cuerpo golpeado, cuerpo libidinizado, cuerpo del dolor y del placer son algunas de estas manifestaciones. (Janin, B. 2009. Cap. 1.)

A partir de lo planteado podemos preguntarnos ¿por qué algunos adolescentes sienten que existen a través de las marcas que se infringen en su propio cuerpo?, como si estas marcas fueran una condición de “Ser”, “soy a través de”. Estos tipos de manipulación del cuerpo intentan una comunicación no verbal de la imagen que se desea producir en los demás. Buscan generar una transformación que va de la mano con una cultura que invita cada vez más a los seres humanos al anonimato, en un

contexto social turbulento, deprivador, plagado de incertidumbre, inestabilidad emocional y laboral, promoviendo así la destrucción sistemática de su alteridad.

Una de las quejas más comunes actuales en los adolescentes es que se sienten que sus rasgos, su voz, su presencia, no producen una marca distintiva que se haga perceptible a los otros.

Muchos buscan inscribir una marca que cause opacidad, generando un contenido oculto que vislumbre, que aplaque el sentimiento de transparencia y la angustia de no existencia. Buscan así generar una marca que anule la angustia de aniquilación y clausure la angustia de castración. (Janin, B. 2009. Cap. 1)

“Los adolescentes buscan marcas propias que se diferencien de las marcas de origen, no solo de las biológicas, sino también de las que les fueron adjudicadas por los padres. Para estos, las marcas biológicas en sus hijos son soporte del deseo de perdurabilidad, estableciendo la presencia del propio cuerpo en el cuerpo del hijo”.

Dice más adelante, que se trata de “la adquisición de un baluarte de identidad forjado por el sujeto mismo en su cuerpo y se diferencia tanto de los ideales de los padres como de su proyecto de hijo. Estas manipulaciones en aras de transformar el cuerpo son generalmente rechazadas por los padres: ya que estos no reconocen su continuidad en ellas” (ídem cit. ant).

La recurrencia de esta fantasía en algunos adolescentes parece apuntar al despegue del cuerpo materno mediante la negación de su origen: “**este cuerpo es mío**”. Estos sujetos muchas veces atraviesan de esta manera el sufrimiento de crecer e inaugurar un origen propio, autoengendrado, que borra los lazos con las generaciones pasadas y clausura el devenir.

Es por ello que las marcas que se autoimponen, parece instituir al cuerpo como sujeto de un discurso público que avale su singularidad y su salida endogámica.

Adolescentes en riesgo

En el mundo de hoy se registra una caída de los ideales culturales, privilegiando el **tener** en lugar del **ser**, a consecuencia de un consumismo absoluto. En la revista de “Psicoanálisis y el Hospital” exponen: “La época en que transitamos se caracteriza por la pérdida de las utopías... se ha diluido el sentido trascendente de la vida” (Pujó, M. 2010. p. 11).

Hebe Lenarduzzi, plantea que: “La fuerza de los medios de comunicación impone masivamente la cultura de la imagen en detrimento de la palabra. Los modelos

estéticos prevalecen sobre los éticos, aumentando en el adolescente la normal distancia entre el yo y el ideal. Ser bello, delgado, fuerte y feliz. Vivir solo en el presente, no cuestionarse nada, no llorar jamás, parecen ser las consignas” (Lenarduzzi, H. 2005. p. 112).

Las adolescencias, en su vinculación con el mercado de consumo se enfrentan con la “violencia” que implica legitimar su campo de significaciones. De allí que en el transcurrir del tiempo, las adolescencias han construido en el entramado social, múltiples manifestaciones que van desde “el rechazo espontáneo, a la acción consciente revolucionaria de los jóvenes”, “de la protesta a la moda”, “de un mero pasaje a un lugar de residencia, donde muchos de los adultos ansían volver y otros tantos, en repudio por la conducta de los jóvenes de hoy, dicen que “los adolescentes están perdidos”. Pero más allá de las múltiples definiciones que podemos tomar del sentido común, hay algo que destacar y es, que los jóvenes a lo largo de la historia de la humanidad siempre han sido fruto de múltiples investigaciones que tratan de entender el porqué de su accionar y de las transformaciones que a lo largo de esta etapa deben hacer frente, dejándolos en un lugar de vulnerabilidad que el adulto muchas veces no dimensiona.

Si bien sabemos que este camino conlleva un componente de riesgo por ser la misma una etapa conflictiva, sometida a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social (salida exogámica), además del entorno familiar en el que el joven se desenvuelve, entendemos que estas crisis son momentáneas, y no implican una desestructuración psíquica, ni actuaciones violentas, ni intentos de suicidio.

El hecho de que los cambios y transformaciones que impone esta etapa devengan en una “fractura interna” tendrá relación con el modo en que la organización psíquica se haya producido y cuán preparada esté para soportar los embates tanto internos como externos, como así también, con el medio familiar y social en el cual se despliegan.

Por esto es importante resaltar que los síntomas que experimente cada joven, va depender significativamente de la estructura psíquica del mismo, los cuales pueden ser transitorios o fijos, como sucede en el caso de la psicosis por ejemplo.

La autora Hebe Lenarduzzi, hace hincapié en que “el riesgo que se vivencia, se debe a la situación peligrosa a la que el sujeto se expone o es expuesto, lo cual desencadena en estados de vulnerabilidad”.

Como es de nuestro interés indagar sobre los tipos de conductas autolesivas, es imposible pasar por alto un concepto tan importante como los estados de

vulnerabilidad psicosomática que vivencian la mayoría de los adolescentes en esta etapa y que están en íntima relación con las prácticas que abordamos.

En términos de Hebe Lenarduzzi, la *vulnerabilidad psicosomática* es definida como la “tendencia que tiene una persona a padecer alteraciones en su cuerpo frente a agresiones de diversa índole” que se expresaría en forma de un “*trastorno psicosomático*, de una *adicción*, o de *tendencia a accidentarse*” (Lenarduzzi, H. 2005. p. 101).

En los adolescentes que presentan esta tendencia, habría una incompleta organización de las instancias psíquicas, especialmente del preconscious, y una menor actividad de la vida fantasmática y onírica que es la que le permite integrar las pulsiones con representaciones y afectos, otorgando significaciones en redes más o menos amplias e interconectadas, plantea la autora.

Desde el punto de vista de la primera tópica, expone que: “la alteración del preconscious lleva a una dificultad en las ligaduras entre representaciones de cosa y palabra”.

Por su parte, B. Janin en su libro “*Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes*”, describe que el **afecto** es un representante pulsional que tiene siempre un *efecto* en el cuerpo, un aspecto de descarga corporal, ya sea a través de lágrimas, sudor, palpitaciones, etc.; es por ello que es el elemento que nos permite pensar el tema de las representaciones (Janin, B. 2009. Cap. 1).

Piera Aulagnier plantea sobre esto, que “es una historia de vivencias no tramitadas donde el afecto como registro pulsional se presenta como estado somático, sin representación psíquica” (cit. en Janin, B. 2009).

Continuando con la descripción que realiza la autora Lenarduzzi sobre la vulnerabilidad psicosomática, postula que “desde el punto de vista de la segunda tópica habría un yo débil, mal constituido en cuanto a la representación de sí mismo y las identificaciones, y un superyó mal constituido, con preeminencia del yo ideal”.

La dificultad para hacer consciente las emociones también se refleja en el vínculo con las otras personas, y en el campo analítico, en relación transferencial-contratransferencial.

Agrega a su vez indicadores especiales para cuando nos hallamos frente a una vulnerabilidad psicosomática aumentada, estos se caracteriza por:

- Modalidad de los afectos: aparición frecuente de angustia automática. Antecedentes de haber sufrido ansiedad de separación en la infancia. Alexitimia (notoria incapacidad para poder controlar y reconocer sus emociones).

- Síntomas de depresión o distimia predominantes (aburrimiento, apatía, hipersomnia, sentimientos de vacío y/o desesperanza).
- Marcada tendencia a la descarga a través del acto, especialmente actos que ponen en peligro la vida (acting out o pasaje al acto). Crisis bulímicas o episodios de cleptomanía. Consumo abusivo de alcohol o de drogas.
- Historia de numerosas situaciones con potencialidad traumática. Traumas no asimilados.
- Predominio de la organización narcisista de la personalidad, con especial referencia a la autoestima frágil y a la preeminencia del yo ideal sobre el ideal del yo.
- Funcionamiento mental con déficit en el área transicional (winnicott) que se manifiesta por dificultad para la creatividad y la fantasía. Pobreza de la vida onírica y de la ensoñación.
- Deficiencias en la red familiar y social de sostén. (Lenarduzzi, H. 2005. p. 108)

Particularizando el segundo indicador donde el individuo puede vivenciar sentimientos de vacío y/o **desesperanza**, se considera que la desesperanza tiene un valor predictor de conductas autoagresivas mayor aún que la depresión.

El concepto de *desesperanza* se define como una “visión negativa de sí mismo y del futuro personal, acompañada de sentimientos de impotencia para producir modificaciones. Es más acentuada en sujetos que han padecido mayor número de traumas no asimilados en su vida” (Lenarduzzi, H. 2005. p. 109).

Podríamos decir entonces, que a consecuencia de esta desesperanza que vivencia el adolescente expresada en parte por las modificaciones de su cuerpo se desencadenan síntomas psicósomáticos como una solución desesperada frente a un estado interno insoportable.

Las autolesiones producen un alivio momentáneo, al realizar un alejamiento de la realidad como de las vivencias internas, produciendo en su lugar, un sentimiento de autocontrol de su cuerpo y por ende de sus emociones, aunque después de esto sobrevenga en ocasiones la culpa.

Estas conductas se desencadenan como intento ilusorio de evitar sentimientos penosos, en donde hay un predominio defensivo de la desmentida y una angustia que remite al desvalimiento, surgiendo frente a esto una amenaza de desintegración.

Conductas autolesivas

Antes de introducirnos en lo que son las conductas autolesivas, es conveniente definir en primera instancia ¿qué es una conducta? , para luego, si profundizar sobre la definición de las conductas autolesivas.

Con respecto a lo planteado, la Lic. Alicia Pose define a las conductas como “*el modo en el que un sujeto expresa a través de su lenguaje corporal y sus acciones el funcionamiento de su aparato psíquico*”.

Ahora bien, sabemos que la conducta es la manera de comportarse de una persona en una determinada situación, esta conducta puede ser aceptada o rechazada socialmente.

Lawrence Claes y Walter Vandereycken define a las conductas autolesivas como “***un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio***”. ***A partir de esta definición, quedan por fuera los piercing y los tatuajes por tratarse de fenómenos socialmente aceptados***” (Pujó, M. cit. en *Zamorano, S. 2010).

Este tipo de acción es definida por el autor Fernando Osorio en su libro “Cortarse”, como una *conducta compulsiva*, por que el sujeto es consciente de lo que hace pero no la puede evitar ni explicar. Manifiesta: “es una **conducta compulsiva**, no *impulsiva*. Una *conducta impulsiva* no tiene premeditación en su acción pues la persona se deja llevar por una presión interna, un pensamiento o una sensación que, al no tener una intermediación en el pensamiento, se ejecuta de modo impetuoso, apasionado” (Osorio, F. 2015. p. 20).

Marcando la diferencia con la **conducta compulsiva**, aclara:

Es el resultado de un proceso interno psicológico que el sujeto no puede evitar repetir invariablemente; pero del que es plenamente consciente aunque desconozca su motivación para realizarlo. La **conducta compulsiva** en general se produce frente a una situación determinada en la que la persona no puede actuar más que de un modo sistemático. (Ídem cit. ant)

Es importante aclarar como lo hace el autor en su libro, que si bien son conductas antagónicas entre sí, puede que una persona oscile entre comportamientos compulsivos e impulsivos; normalmente podemos identificar una predominancia de una u otra, aunque ambas pueden coexistir.

Con respecto a los cortes en la piel, Fernando Osorio dice: “el corte autolesivo le ocasiona al adolescente una especie de <<anestesia>> anímica que lo libera de su

suplicio emocional, generalmente vinculado a la familia o a un estado de perturbación mental o a su inserción social”.

Existen cortes en el cuerpo que responden a estructuras psicopatológicas diferentes y cobran diversa función en la particularidad de los casos. “Cortes que funcionan como una demostración al Otro, cortes que acotan un goce invasivo a falta de regulación fálica, cortes como salida frente a la angustia” (Pujó, M. *Zamorano, S. 2010).

Por este motivo nos encontramos con adolescentes que tienen conductas reiteradas de autolesión ante situaciones que los desbordan emocionalmente, generándole ansiedad y una angustia incontenible que se desencadenan por múltiples motivos. Es un acto intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo.

Frente al acto violento hay una descarga de angustia, Viñar postula que “es la evacuación de algo intolerable en el psiquismo, del orden de la frustración, de la ira o de un vacío sin nombre, sin representación” (Viñar, M. 2009. p. 77).

En general no existe intención de morir, sin embargo se puede pensar que haya cierta ambivalencia, que la descubriremos con mayor claridad en la práctica clínica.

En el intento de suicidio la intención es terminar con la vida, de esta manera el sujeto solo adquiere la categoría de suicida cuando el acto se haya consumado, de lo contrario su acto queda cercado solo en el intento.

Corresponde enunciar también aquí, como clasificación de los suicidios, la elaborada por un Comité de Nomenclatura y Clasificación, reunido en 1971, que propone considerar tres categorías:

- ❖ El suicidio propiamente dicho o completo, que termina con la muerte.
- ❖ El intento suicida, que es acto con daño físico pero sin muerte.
- ❖ Las ideas suicidas, que expresan pérdida del deseo de vivir, pero que no llevan a daño concreto.

Con respecto al intento de suicidio, donde aparece una intención fallida a morir, el autor José Barrionuevo en su libro “Suicidio e intentos de suicidio”, propone diferenciar tres tipos de intentos que llegan como urgencias subjetivas:

- en algunos casos de intentos de suicidio, con cuota de dramatismo e impacto estético, se puede considerar la existencia de un llamado al Otro.
- hay otros intentos que tienen su base en la desesperanza o intensa desilusión, pudiendo pensarse en éstos una dificultad importante en el procesamiento de un duelo o en una melancolía de base.

- y finalmente podemos encontrar intentos que ocurren ante intenso pánico, desbordante y sin palabras, que hacen recordar la expresión de Rolla: “desesperante desesperanza”, como un estado afectivo que dismantela toda posibilidad de pensar y mantener algo de la esperanza. (Barrionuevo, J. 2001)

Además agrega la importancia de escuchar al sujeto tras un intento de suicidio fallido, ya que lo que se pretende no es igual en todos los casos.

Freud en su artículo de 1917 titulado “Duelo y melancolía”, presenta el suicidio como una forma de autocastigo, un deseo de muerte dirigido contra otro que se vuelve contra sí mismo. De tal modo confirma las tres tendencias suicidas definidas por el discurso de la psicopatología: deseo de morir, deseo de ser muerto, deseo de matar. Desde esta perspectiva, el suicidio es el acto de matarse para no matar al otro. No resulta de la neurosis ni de la psicosis, sino, de una melancolía o de un trastorno narcisista grave: no es un acto loco, sino la actualización de la pulsión de muerte por un pasaje al acto.

Teniendo en cuenta la modalidad del acto se puede pensar que el suicidio logrado es un “**pasaje al acto**”, del cual el sujeto no tiene retorno.

En el **pasaje al acto** hay una descarga pulsional inconsciente que arrasa con el preconscious y se traduce en actos auto o hetero agresivos, no funciona la represión, no hay pensamiento, no hay fantasía como en el **acting**.

El **acting out** a su vez es un término descripto por el psicoanálisis que hace referencia a la repetición de las conductas que tienen significado metafórico (como todas las formaciones del inconsciente), en donde el sujeto no puede expresar en palabras lo que acontece recurriendo a la actuación; el lenguaje de acción es a veces, en el adolescente, una forma de ser y de pensar. Tanto la acción como el **acting out** son dos categorías distintas, pero en la clínica se encuentran combinadas, predominando a veces una, a veces la otra.

El **acting out** es un llamado al semejante, propio de un tratamiento psicoanalítico y se da en transferencia.

Silvia Zamorano tomando a Guy Trobas, señala que: “un fenómeno por sí mismo no indica que una acción sea un **pasaje al acto** o un **acting out**, más aún: tal conducta puede ser un pasaje al acto en cierto contexto con tal o cual sujeto, y en otro contexto, con otro sujeto no ser un pasaje al acto”.

El pasaje al acto como tal no es interpretable; “es importante ubicar el momento anterior, aquello frente a lo cual el acto implica una salida como recurso ultimo dice Zamorano” (Pujó, M. *Zamorano, S. 2010. p. 105).

Frente a los cortes y autolesiones que presentan los adolescentes, es pertinente señalar la importancia de un abordaje interdisciplinario terapéutico como estrategia terapéutica, teniendo en cuenta diferentes enfoques.

Con respecto al trabajo interdisciplinario la Lic. Hebe Perrone en su ficha sobre “El equipo interdisciplinario frente al trabajo con adolescentes difíciles y graves”, postula que un buen trabajo en equipo debe incluir:

- “Información compartida y consensuada acerca del diagnóstico y la estrategia a seguir
- Conocimiento preciso a nivel teórico – clínico del trabajo de cada uno de los miembros.
- Establecimientos de canales de comunicación permanentes pre - acordados, que permiten transmitir los procesos y obstáculos por lo que atraviesa el paciente en cada ámbito terapéutico”. (Perrone, H.)

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Describir los modos en que se manifiestan las conductas autolesivas en jóvenes de entre 13 y 19 años que asisten al Centro Terapéutico “Cpaij”, perteneciente a la Ciudad de La Rioja.
- Identificar los motivos que llevaron a los adolescentes estudiados a recurrir a las conductas autolesivas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los motivos de consulta por los cuales dichos adolescentes demandan atención psicológica y/o psiquiátrica, en relación con las conductas autolesivas.
- Ubicar los desencadenantes de conductas autolesivas en los jóvenes consultantes.
- Caracterizar las conductas autolesivas en el cuerpo de los adolescentes estudiados.
- Analizar si las conductas autolesivas incluyen intentos de suicidio.

DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología representa aquel recurso que provee reglas que el investigador debe tomar como criterios para conducir el proceso de investigación, reglas para interpretar las observaciones y reglas para obtener determinadas conclusiones.

Tales lineamientos, colaboran a ordenar el proceso de investigación y asegurar la validación del conocimiento que va construyéndose como producto.

El presente Trabajo Integrador Final se desarrolló mediante una modalidad de investigación cualitativa, por lo que se recurrirá a un diseño exploratorio- descriptivo enmarcado en el estudio de casos; ya que se consideró al sujeto como la fuente principal de conocimiento, constituyéndose en el foco de investigación e interpretación.

Un diseño exploratorio es aquel tipo de investigación que intenta brindar una visión aproximativa de una realidad determinada, tiene como propósito reunir información sobre una temática poco reconocida y explorada. Un diseño descriptivo es aquel que permite detallar las características fundamentales de un fenómeno.

Los resultados que se obtengan al finalizar la sistematización de los datos recogidos en el campo, podrán luego ser utilizados para orientar investigaciones más específicas.

POBLACIÓN Y UNIDAD DE ANÁLISIS

Se tomó como unidad de análisis para el presente Trabajo Integrador Final, cinco casos de autolesiones que están bajo tratamiento terapéutico en el Centro de Prevención y Asistencia Infantojuvenil “CPAIJ”.

La población estudiada son los adolescentes de entre 13 a 19 años que manifestaron conductas de autolesión e intentos de suicidio.

Estos jóvenes pertenecen a la zona céntrica y barrios periféricos de la Ciudad de La Rioja (Capital); asisten a colegios públicos y privados de la provincia y tienen un estatus económico de clase media – alta. Sus tratamientos están cubiertos por prestaciones sociales y en ocasiones por la parte privada.

Las técnicas seleccionadas que se utilizaron para poder alcanzar los objetivos fueron:

❖ **Las fuentes primarias:**

- Observaciones: la clase de observación elegida para la investigación realizada en este trabajo fue la observación no participante, que implica contemplar, examinar con atención sin participación activa.

Se observó los distintos dispositivos que ofrece la institución, recabando los datos por medio de anotaciones. Las mismas fueron realizadas posteriormente a la observación y en algunas ocasiones que se consideró pertinente se escribieron en el momento.

La observación se realizó durante 5 horas diarias de lunes a viernes, por la tarde de 18:00 a 22:00hs, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2017.

En la primera etapa de observación se tuvo en cuenta la institución en general, se observó el funcionamiento de los distintos dispositivos, las actividades de los jóvenes que se encontraban en tratamiento y la función laboral de los distintos profesionales, focalizando en la tarea del psicólogo.

Luego se trabajó a partir de la investigación y el análisis de los casos, para localizar los que se ajustaban a lo requerido para la investigación, es decir, los casos que presentaban conductas autolesivas.

En un tercer momento, se realizó la reconstrucción de los casos, por parte de los profesionales que guiaron el tratamiento, con el fin de poder recabar la mayor información posible, se apeló a la reconstrucción ya que desde la institución no era posible presenciar las sesiones de psicología con el fin de resguardar el vínculo terapéutico. Es por ello que se acordaron determinados días para la presentación de cada caso.

- ❖ **Entrevistas semi-dirigidas:** Consta de una serie de preguntas que generan respuestas abiertas pero dirigidas a la temática explorada. Las mismas fueron realizadas a los psicólogos de la institución.
- ❖ **Las fuentes secundarias:**
 - **Documentos:** historias clínicas, informes de derivación, altas voluntarias, que estaban vinculados estrechamente con la temática y que se encontraban disponibles en la institución.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO FLORENCIA

Edad: 13 años

Periodo de tratamiento: Inicio en octubre 2015 / fin: febrero 2017 por alta voluntaria.

Datos formales: Florencia asiste a un colegio religioso de carácter privado en donde cursa 7^{mo} grado. Aparenta físicamente a ser más grande a la edad que tiene, es robusta, alta, cabello largo. Se mostró en varias oportunidades callada, observadora, tímida.

Constitución Familiar: Padre (41 años), Madre (39 años), Hermano (16 años) y una hermana por parte de padre (2 años). Sus padres están separados, Florencia vive con su madre y su hermano mayor. Visita regularmente al padre, quien convive con su pareja actual y la hermana menor de la joven.

La madre de Florencia es intrusiva, le revisa todo (redes sociales, diario íntimo, habitación), es avasallante en su discurso, pulcra, siempre arreglada resaltando lo estético. Asistió regularmente a las entrevistas solicitadas y se mostró muy interesada en saber a cerca de la iniciación sexual de su hija.

El padre es un hombre reservado, no confía en los tratamientos terapéuticos, habló muy poco. Asistió solo a dos entrevistas a lo largo del proceso psicoterapéutico de su hija, se mostró bastante resistente.

Plan Terapéutico: Psicología, psiquiatría, psicopedagogía, grupo de adolescentes, terapia ocupacional y talleres de acompañamiento terapéutico. La paciente asistió de manera irregular a las actividades terapéuticas complementarias.

Motivo de consulta: Bajo rendimiento escolar y poca concentración.

Se comunica la madre y solicito un turno para Florencia. El pedido surge a partir de un informe del colegio en donde se sugiere la posibilidad de asistencia psicológica y/o psicopedagógica, debido a que había bajado su rendimiento escolar de manera notable, estaba distraída en clases y no cumplía con las actividades requeridas por la

institución. Se programa un turno con la psiquiatra para realizar la entrevista de admisión.

Admisión: A la entrevista de admisión asistieron ambos padres. Se trabajó sobre el motivo de consulta; ellos manifestaron que hace un tiempo Florencia se encuentra distraída, nada le gusta, nada la motiva.

Su madre conto que miente mucho, lo hace en el colegio, con sus amigas pero que sobre todo le miente mucho a ella. La inquietud de la madre de la joven fue que necesitaba saber si su hija era virgen o no.

El padre intervino muy poco en la entrevista, hizo hincapié sobre el rendimiento escolar de Florencia como una obligación, se mostró fastidioso por el hecho de su hija no responde a ese deber.

Admisión de Florencia: En la entrevista de admisión se indagó a cerca del conocimiento de la paciente para el inicio del tratamiento, ella estaba al tanto del motivo por el cual iba a comenzar psicoterapia. A pesar de que le costó bastante hablar, en ningún momento se mostró disconforme.

“Sé que estoy aquí porque me va mal en el colegio... mis papas no entienden que me pasan otras cosas... a ellos solo les importa que me saque buenas notas y nada más”.

“Ellos no me escuchan, por eso no les cuento nada. Mi mama quiere estar metida en todo, es insoportable”.

Sesiones

Al comienzo de las sesiones de psicología, Florencia mostró algunas resistencias con respecto al tratamiento: hablaba muy poco, contaba solo lo cotidiano, se manifestó defensivamente en contra de la psicóloga diciéndole a su madre que la terapeuta había estado toda la sesión mirando el celular; se aclaró el episodio y Florencia siguió asistiendo normalmente.

La paciente se implicó más en el tratamiento a partir de que la psicóloga recurrió a diferentes técnicas: juegos de mesa y técnica de la foto que fueron significativas. A partir de esto se logró una mejor apertura al dialogo.

A lo largo del proceso terapéutico se pueden identificar cuatro situaciones de conductas autolesivas en Florencia.

El primer episodio fue en el mes de mayo:

“Me corte porque estaba mal, me había peleado con mi novio y mi mamá... no pensé en nada y me corté”.

“En la pelea mi mamá me dijo algo muy feo, algo que no puedo repetir... ella pensó que había perdido la virginidad”.

En junio Florencia relata que se volvió a cortar:

“Me corte de nuevo... no aguante más, tuve un día horrible, discutí con mis amigas y con mi novio”. “Seguí en clases pero ya no podía pensar”.

El desencadenante fue una supuesta infidelidad, de una amiga. Florencia se relacionaba de manera virtual con chicos a los cuales no conocía más que por fotos, mensajes y/o llamadas, planeaba encuentros que no se concretaban y eso la frustraba.

Durante este relato se mostró muy angustiada y su lenguaje corporal denotaba incluso cierta ansiedad. Prosigue:

“Estoy harta de que sean así, si yo estoy con alguien soy fiel, si hay algo que no soporto en las personas es la infidelidad, me saca”.

“Mi papá también le fue infiel a mi mamá, yo lo descubrí, no me entra en la cabeza como pueden ser así. No sé por qué mi mente me recuerda las cosas tristes”.

Florencia reconoce que cuando sobrevienen en ella ganas de autolesionarse no piensa:

“No pensé en nada y me corté”. “No podía pensar en otra cosa...”

“Cuando me corto no pienso, me siento mal y no lo hablo con nadie, lo escondo”.

Se trabajaron en el espacio psicoterapéutico alguno temas como: el deseo de cambiarse de colegio, la relación con su madre, la búsqueda de su privacidad, el tránsito por la dolorosa pérdida de su abuelo materno, que significó para ella una figura paterna. Surgieron además, preguntas acerca de lo femenino y la diferenciación de lo masculino y femenino.

La terapeuta observó que cuando Florencia es traída a la sesión por su madre viene maquillada y bien peinada, vistiendo polleras, vestidos; a diferencia de cuando es acompañada por su padre, ella viste ropa deportiva, zapatillas, pantalón, sin maquillaje.

Frente a esto que se había repetido tras varias sesiones, la psicóloga hace la siguiente intervención:

P: "Linda trenza flor"

F: "¿Sí? Gracias. Me vestí así porque mi mamá dice que tengo que ser más femenina".

P: ¿Qué es ser femenina para vos?

F: Silencio. "Vestirse como mujer... (Piensa). Aunque hay hombres que se viste como mujer". (Sonríe)

P: es cierto

F: "No me había dado cuenta de eso. Yo así no me siento cómoda.... Me gusta más andar de pantalón". (Ríe)

En diciembre Florencia se vuelve a cortar debido a la separación con un joven con quien mantenía una relación virtual.

"Cuando algo me sale mal no puedo controlar mis ganas de cortarme... lo volví a hacer... Esta vez me corte entre las piernas. Después de hacerlo me siento mal, me da mucha culpa".

"Me enoja lo que me pasa, me duelen las cosas que me dicen, mi mamá me lastimó con lo que dijo cuándo pensó que había perdido la virginidad".

Los cortes estaban localizados en las muñecas de forma vertical, no eran profundos, casi no se notaban las cicatrices; luego fueron en la entrepierna para ocultarlos de su madre.

Después de las vacaciones Florencia vuelve a la terapia con un piercing en la nariz y contó que había aprobado la mayoría de las materias adeudadas.

Su madre aviso a la psiquiatra que vio mensajes depresivos en su whatsapp. Los estados de tristeza de Florencia están asociados desde lo manifiesto a la frustración que le produce que sus relaciones virtuales no prosperen.

“Cuando estoy triste no puedo pensar en otra cosa”.

Florencia comenzó a ausentarse porque su madre tenía severos problemas de salud. Retorno a las sesiones angustiadas, y llorando dijo:

“Tuve un corte, uno, ¡pequeñito! Estaba mal, tengo miedo de que mi mamá se muera, estuvo enferma, internada y no podía ir a verla...”

Florencia no asistió más a la institución, aparentemente por problemas económicos.

Se realizó una entrevista conjunta programada por la psiquiatra y la psicóloga con Florencia y su madre, en dicho encuentro la madre refirió: que su hija vomitaba, mentía, no progreso en su rendimiento escolar por lo que la retiraba de la terapia.

Florencia muy angustiada, estuvo en silencio. Con la cabeza gacha, mirando el suelo, hacía gestos de desaprobación frente al discurso materno.

Florencia abrazo a su psicóloga llorando desconsoladamente:

“Yo me sentía bien con usted...”

La madre firmo el alta voluntaria y para finalizar la entrevista la psiquiatra sugirió que era conveniente que Florencia busque asistencia psicológica gratuita en el servicio de adolescencia del Hospital E. Vera Barros.

CASO FIORELLA

Edad: 14 años

Periodo de tratamiento: Enero 2018 – Actualmente en tratamiento.

Datos formales: Fiorella vive en el interior de la Provincia de la Rioja.

Concurre a una escuela pública, cursando tercer año del secundario.

Su apariencia era acorde a su edad, aunque a veces parecía una añorada princesita. Se presenta en buenas condiciones y vestida acorde a la ocasión. Viajaba acompañada de sus padres cada quince días para asistir a la institución.

Era una joven introvertida, le costaba mucho dialogar.

Constitución Familiar: Padre (57 años) médico del único hospital del pueblo. Su madre (55 años) ama de casa y su hermano (18 años). El grupo familiar era de clase media/alta.

Plan Terapéutico: Psicología, psiquiatría, taller de acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional. Asistía quincenalmente.

Motivo de consulta: Corte en una de sus muñecas.

La madre de Fiorella desesperada solicitó un turno a la institución manifestando que Fiorella se había cortado las venas el fin de semana. Recurrieron al hospital y se le recomendó que buscará tratamiento psicológico en la ciudad.

Se organizó una entrevista de admisión con Fiorella y sus padres.

Admisión: En enero el centro terapéutico solo hace guardias pasivas, la admisión fue realizada por la psicóloga de guardia quien luego seguirá con el tratamiento psicoterapéutico de la joven.

A la entrevista asistió Fiorella acompañada de sus padres, quienes luego de dar algunos datos de filiación, contaron como es la relación con su hija.

Son padres que consienten todos sus pedidos, ellos mismo dijeron que lo que Fiorella quiere lo tiene, que a ella no le hace falta nada y que por ese motivo están muy preocupados y sorprendidos por su conducta.

El padre reconoce ser el más benévolo de los dos con Fiorella, estaba bastante angustiado por la situación a diferencia de la madre que se mostró enfadada. Dijo:

“Nos enteramos el sábado que Fiorella se cortó, se le fue la mano, se lastimo de más y salió llorando del baño a avisarme a mí. Estaba asustada, le salía sangre así que la llevamos de inmediato al hospital”.

Prosigue su padre:

“Ella solo lloraba, cuando llegamos a casa y se tranquilizó fui a preguntarle por qué lo hizo y no me dijo nada, solo prometió que no se iba repetir. Y hasta el día de hoy no dijo nada.

Admisión de Fiorella: Luego de la breve entrevista con los padres, la psicóloga entrevisto a Fiorella.

Ella se mantuvo en silencio, contó que se encontraba bien y al indagar sobre si estaba de acuerdo en comenzar el tratamiento, respondió con un gesto de aprobación moviendo la cabeza.

Era notable su incomodidad, le costaba hablar, miraba el piso en una encogida posición corporal.

“Yo no soy de hablar mucho, no sé qué decirle, me siento incomoda”.

Sesiones

El primer mes de encuentros Fiorella mantuvo la misma actitud de la primera entrevista: prevalecía sobre todo el silencio.

A través de juegos de mesa y del chiste, de a poco, fue apropiándose del espacio terapéutico y logró un dialogo más fluido, expresando sus sentimientos, inquietudes y deseos.

Se localizaron dos situaciones de conductas autolesivas: La primera tiene que ver con una situación experimental. La segunda hizo referencia al motivo de consulta; una supuesta infidelidad del joven con quien tenía una relación.

“Me corte dos veces... la primera para probar porque estaba un poco triste. Con mis compañeras del colegio hablamos sobre eso de los cortes, entonces probamos”.

“Mi compañera se quedó a dormir en mi casa, fue en mi pieza con un cutter del colegio, no me dolió porque fue pequeño”.

Prosigue:

“La segunda vez sí me dolió, me llevaron al hospital para que me curen porque me salía sangre. Estaba sola, salí y le tuve q mostrar a mi mamá. Nose por que lo hice”. (Ríe)

La terapeuta fue indagando sobre lo que aconteció ese día para llegar al motivo desencadenante de tal conducta.

“Me puse mal porque el chico con el que salía estuvo con una amiga en el cumpleaños de una compañera esa misma noche... yo estaba ahí también, quede como una estúpida delante de todos”.

“No aguantaba la bronca por eso me corté”.

Lo que a Fiorella la angustiaba y enfurecía fue la manera en la que quedó expuesta delante de sus compañeros, eso la avergonzó.

“Como me va pasar eso a mí, pienso y me da bronca, me vienen ganas de lastimarme de nuevo, quede como una tonta delante de todos, no se los voy a perdonar”.

Conto también que tuvo algunos conflictos con su padre por la sobre protección. Fiorella busca tener más independencia.

“Mi papá es bueno conmigo, me da con todos los gustos pero quiere controlarme en todo. Me molesta, cree que no sé cuidarme sola y con lo que pasó están peores”.

“Están encima mío, no me dejan vivir. Mi papá todo el tiempo me dice “hijita”, me tiene cansada. No quiero ser mas eso, yo se cuidarme sola, no soy una bebé”.

Una característica notable en Fiorella fue que cuando comenzó el tratamiento se hablaba a si misma frente al espejo. En varias oportunidades contó que no necesita decir lo que le pasa por que lo dice frente al espejo:

“Yo hablo conmigo misma”.

“Para que quiero la opinión del otro si yo sé lo que voy a hacer. Me miro al espejo y me digo las cosas que están bien o mal”.

A partir de esto la terapeuta al inicio de las sesiones se posicionaba en lugar de espejo y Fiorella iba contando lo que le pasaba.

A medida que empezó a exteriorizar sus sentimientos y emociones fue dejando de hablar con el espejo y el dialogo se volvió más directo, expresa:

“Ya no estoy hablando tanto con el espejo”.

A Fiorella le costaba mucho frustrarse y todo lo que tenga que ver con compartir, con dar, la enojaba. Tenía un consumo excesivo de tecnología y objetos que estaban a la moda.

Otra característica en Fiorella fue su actitud añorada por momentos que denotaba cierta posición de princesita. Era notable que atravesaba un periodo de transición de la infancia a la pubertad. Por estos motivos se trabajó a cerca de los duelos de la adolescencia.

Se trabajó también sobre educación sexual, debido a que manifestó sus inquietudes a cerca su posible iniciación sexual. Además se hizo hincapié en disminuir las exigencias hacia los demás, sobre todo con los padres, se habló el tema de lo caprichoso, ya que se enfurecía cuando sus padres no accedían a sus pedidos. Tenía

un consumo excesivo de tecnología y objetos de última moda como: ropa, accesorios, etc.

Durante el periodo de tratamiento Fiorella no se volvió a cortar, la psicóloga notó un gran cambio en su semblante desde que ingreso. Es una joven que llega a la sesión y no para de hablar, se recuesta en el sillón y comienza a contar todo.

Lleva aproximadamente 5 meses de tratamiento y mejoró la relación con sus padres, se vincula mejor con sus pares y a pesar de que asiste cada 15 días a la institución hizo de amigos y se lleva muy bien con las profesionales. En el último periodo se estuvo trabajando sobre la independencia tanto con ella como con sus padres.

CASO MARTINA

Edad: 16 años

Periodo de tratamiento: Diciembre 2016 / Actualmente en tratamiento

Datos formales: En el momento de la consulta Martina asistía a una escuela pública con orientación artística donde seguía la modalidad de Danzas Clásicas; cursando segundo año del secundario. Al principio del año 2017 fue cambiada a un colegio privado con orientación informática.

Se presentó a la entrevista con ropa sport, en una actitud abúlica: angustiada, con los ojos hinchados, su cara pálida y en su cuello una marca roja consecuencia del intento de ahorcamiento.

Martina es delgada, cabello largo, impecable en su aspecto físico y estético. A simple vista se muestra seria. Tiene poca expresividad en su rostro, cuando habla no hace gestos que acompañen su discurso, ni siquiera cuando llora.

Mantiene una relación de noviazgo con un joven que vive cerca de su casa y en la actualidad están esperando un bebé. Martina quedó embarazada durante el proceso terapéutico.

Constitución Familiar: Convive con sus padres y su hermano mayor Facundo (22 años).

El padre (45 años) es comerciante y su madre (40 años) es la encargada de atender el negocio familiar.

Durante el proceso terapéutico quien acompañó a Martina fue el padre, asistía a las entrevistas con la psicóloga y en varias oportunidades participo del taller de padres a cargo de la acompañante terapéutica. En el taller comenta que ha tenido algunos problemas con su hijo mayor en la etapa adolescente producto de su rebeldía y que le costaba la comunicación con ambos.

La relación que tiene con Martina es permisiva y benévola, trata de colmar con todos sus gustos y acompañarla en todo momento a pesar de que eso se dificulta por su trabajo.

La madre de la paciente solo asistió a la entrevista de admisión. Es una mujer delgada, bastante seria y callada, muestra una actitud muy calmada. Se programaron otras entrevistas durante el proceso psicoterapéutico pero por diferentes motivos no pudo asistir.

Observación: El inicio del tratamiento fue el 19 de diciembre, luego de la entrevista de admisión la paciente asistió solo a dos entrevistas con la psicóloga y al tiempo dejó de concurrir.

Retomo en el mes de julio 2017 con periodos de irregularidad por embarazo.

Plan Terapéutico: Psiquiatría, psicología, grupo de adolescentes. El padre asistió a los talleres para padres.

Motivo de consulta: Intento de suicidio por ahorcamiento.

Se comunicó telefónicamente el padre para solicitar un turno. Su hija había intentado suicidarse al colgarse de un ventilador.

Se evaluó rápidamente la situación con el padre y se coordinó de inmediato para que sea atendida por la psiquiatra de la institución.

La joven llegó con sus padres a la institución en un estado abúlico, su padre nervioso y angustiado, su madre en una actitud más tranquila.

Admisión: La psiquiatra le preguntó a Martina si prefería ingresar sola o acompañada de sus padres, ella respondió: **“Con ellos”**.

El padre contó que Martina intentó quitarse la vida al colgarse del ventilador de una habitación en construcción, su madre la escuchó gritar y la bajó a tiempo.

Su madre dijo:

“Se descompensó, la ayudamos a reponerse y mi marido llamo de inmediato aquí. Yo quería llevarla al hospital pero ella no quiere”.

Martina escuchaba en silencio. Luego dijo que estaba bien, que no hacía falta ir a una clínica, y relató en llanto lo que sucedió:

“Tuve una pelea con mi novio, no tenía más ganas de vivir”.

En medio de un relato confuso, les confeso a sus padres que había sido abusada por su hermano mayor en la infancia. Los padres quedaron en un silencio atónito.

Martina profundamente angustiada culpó a su madre de haber permitido que el abuso pasara:

“Esto pasó por que vos me dejabas con Facundo para ir al negocio, me trataba mal y me hacía hacer cosas que no quería, tenía miedo de contarle porque pensaba que no me iban a creer”:

“Ustedes saben cómo es Facundo de agresivo”.

Los padres manifestaron desconocer esta situación. No tenían palabras para expresarse.

La psiquiatra luego de dejar que la joven hablara y ante el silencio de los padres, explicó la importancia del tratamiento psicoterapéutico para toda la familia, dado la situación que estaban atravesando. Además se recomendó hacer una consulta médica de inmediato para descartar cualquier tipo de lesión física y se la medicó temporalmente.

Sesiones

En las primeras entrevistas Martina se mostró muy angustiada, contó lo que recordaba acerca del motivo de consulta.

“No tengo muy claro lo que pasó” (se angustia). “Sé que discutí con mi novio porque me entere que me estaba engañando y me volví loca”.

“Vengo con un mal año, me lleve 8 materias en el cole, quiero cambiarme de colegio porque me llevo mal con mis compañeros. Tengo una sola amiga y mi novio. Yo también le fui infiel a él, pero ese día no tuve otra opción... vengo cargada con muchas cosas”.

Lloró prácticamente toda la sesión, incluso se extendió el tiempo porque estaba muy angustiada. No hablo demasiado por que no podía contener el llanto. Manifestó preocupación por la situación que vivieron sus padres:

“Quiero cambiar, nose porque lo hice. Me dolió ver a mis papas destrozados por lo que pasó. Mi papá no lo supera”.

“Ahora se preocupan por mí, antes no eran así. Con mi mamá nunca tuvimos una relación de madre e hija, ella es re fría, nunca demuestra nada y es la primera vez que la veo preocupada por mí, como si se quisiera acercar. No estoy acostumbra a tanto”.

Los padres de la paciente fueron citados para una entrevista pero no asistieron. Se comunicó el padre de Martina para dar aviso de que abandonarían el tratamiento por un tiempo, por problemas con la obra social.

Se retomó el tratamiento a fines de julio, el motivo fue: una pelea con la madre en la cual Martina reacciono arrojándole un objeto.

“No tenía ganas de venir pero me mandaron por la pelea con mi mamá. Me exige que me vaya bien en el colegio, no sé qué me dijo pero me enoje mucho y le tire con lo que tenía en la mano”.

Trabajaron sobre el discurso materno y el motivo por el cual se desencadeno tal reacción. Dijo:

“Me insinuó como que después voy a intentar matarme de nuevo... ella no tiene que hablar sobre eso, si lo que me paso en parte ella tiene culpa, si hubiera estado eso no pasaba.”

“Nunca estuvo para mí, llegaba del trabajo y solo me retaba, pensé que había cambiado pero sigue igual”.

Martina refiere que en los momentos de mucha angustia o de furia siente ganas de cortarse o pegarse como forma de parar con su dolor psíquico. Se angustia en su relato.

“Me duele todo esto, me da bronca, enojo, impotencia, hasta siento ganas de lastimarme... como que el pecho me va explotar, lo mismo que sentí el día que paso lo del intento”.

“Cortarme, pegarme, nose. Necesito sacar el dolor que siento de alguna manera porque me cuesta decir lo que me pasa”.

Prosigue:

“Yo soy una persona fría porque así no te duele ni te afecta lo que pasa, sino no soporto y quiero hacer cualquier cosa”.

“A mí me dolió mucho lo que paso, pero me volví fuerte para poder callarlo”.

Observación: En más de una oportunidad Martina hizo referencia a la situación de abuso sufrida como **“eso”**.

No hay mayores datos sobre el abuso, desde lo terapéutico no se hizo hincapié en esa situación. La psicóloga expuso que se trabaja con los temas que trae el paciente a la terapia y que la situación de abuso no era algo de lo que Martina quería hablar.

También agrego algunos datos sobre el intento de suicidio:

“Cuando me quise matar algo se rompió en mí y no soporto nada... no quiero seguir callando lo que me pasa pero tampoco sé cómo decirlo”.

En las posteriores entrevistas se trabajó para que emergiera la palabra, buscando, desde lo terapéutico, que pueda expresar sus emociones y controlar sus impulsos.

Durante un tiempo la psicóloga manifiesta que las sesiones con Martina se tornaban monótonas. Ella llegaba se sentaba en silencio y miraba el piso, esperando que la terapeuta de inicio al dialogo. Es por ello que la psicóloga optó por tomar algunas técnicas graficas:

- Persona bajo la lluvia: Con la hoja en posición vertical, dibujó una persona de sexo femenino, veinticinco años de edad, sin paraguas. Las gotas de lluvia caían sobre ella.

La historia cuenta que “Sara” se aísla de su casa por sus malos impulsos al discutir y cuando se tranquiliza vuelve.

- Familia: Con la hoja en posición horizontal, dibujó una familia en el siguiente orden: padre, madre, Martina y su mejor amiga.

La historia relata que la familia se fue de vacaciones a la playa y que la pasaron muy bien.

Ambos dibujos están ubicados en el margen inferior izquierdo de la hoja y no hay demasiada producción de los mismos.

En agosto contó con mayor claridad lo que sucedió el día del intento.

“Tome pastillas antes de colgarme... discutí con mi novio por unos mensajes que le encontré con otra chica. Me puse re mal, me fui a mi casa que queda a la vuelta y me tire a llorar ¡Quería parar con todo esto!”.

“Fui a la caja donde están las pastillas y agarre la tira de Alplax que mi mamá toma para dormir. Tome una o dos no me acuerdo”.

Prosigue:

“Seguí llorando en mi pieza, creí que con eso me iba a tranquilizar pero no aguanté más, tuve recuerdos malos de mi infancia, hasta ahí me acuerdo. Parece que grite, mi mamá dice que fue un grito desesperado, yo me acuerdo cuando ya estaba aquí, desde ese día todo cambio mucho, mis papas sobre todo”.

El acercamiento de sus padres después del intento la ponía muy ansiosa, había logrado acaparar su atención pero la vez no sabía cómo responder.

“Cuando quieren abrazarme o compartir cosas conmigo nose como actuar, nose que hacer... me pone incomoda, nose cómo reaccionar”.

A pesar de su intento de suicidio, a lo largo de proceso terapéutico se pueden identificar dos situaciones en las que Martina refirió tener fantasías en relación a las conductas autolesivas, incluso en una de ellas llegó a lastimarse con sus propias manos provocándose escoriaciones en la piel.

La primera tiene lugar cuando retoma el tratamiento en el mes de julio por la discusión con su madre, en ese momento le surgió la idea autolesionarse.

“No me corté todavía pero no te voy a mentir, cuando discutí con mi mamá por ejemplo, sentí unas ganas terribles de cortarme o matarme”.

La segunda surgió por un episodio en el nuevo colegio: tenía que llevar una maceta, la dejó en una silla y les pidió a algunos de sus compañeros que por favor no la tocaran. Uno de ellos la agarró, la tiro y se rompió.

Cuando Martina volvió y vio lo que había pasado, tuvo un ataque de ira. Lo agarró del cuello a su compañero, lo puso contra la pared y lo insultaba por lo que había hecho.

“Me saqué, no mido lo que hago cuando estoy enojada. No me acuerdo mucho cuando lo agarre porque me pongo ciega cuando me enojo”.

“Tenía tanta bronca que me fui al baño del colegio, me dieron ganas de cortarme, de hacerme algo, como no tenía nada, con mis uñas me rasque tanto el brazo que me lastimé... no puedo controlar lo que siento”.

“Me tranquilice cuando llegó mi papá. Él quería matarlos a todos, estaba re caliente”.

Martina se da cuenta que por momentos no puede controlar sus impulsos y eso le genera miedo.

“Yo a veces tengo miedo de descontrolarme y matar a alguien (ríe), no mido, tengo mucha fuerza, por eso lo hago conmigo, si voy a buscar a la otra persona puedo hacerle un daño del que después me arrepienta, me pongo ciega”.

Su padre en la entrevista con la psicóloga expreso que los impulsos de su hija son heredados de su carácter.

“Martina eso lo saco a mí, yo cuando me enojo siento que se me apaga la luz, yo reconozco que en eso es similar a mí. No mide lo que hace, si a mí por ejemplo alguien en un momento de enojo me dice algo malo, pierdo el control y me voy a las manos”.

Confirmó que no era la primera vez que Martina tiene ese tipo de reacciones, en alguna ocasión lo enfrento a él.

Pasado un tiempo y luego de algunas ausencias, Martina retoma el tratamiento contando que estaba embarazada y que fue una sorpresa para todos. Los padres en principio se molestaron con la noticia pero aceptaron la situación y la acompañan en todo.

La relación con su madre mejoro desde la noticia del embarazo. Incluso en las últimas sesiones contó que es ameno compartir momentos con ellos y resaltó la importancia de seguir con su tratamiento psicoterapéutico.

“Ahora hablo más con mis papas, me gusta pasar tiempo con ellos, que me acompañen, mi mama va a los controles médicos... la relación en casa está mucho mejor”.

“Ahora más que nunca voy a necesitar ayuda porque tengo miedo de que mi hijo tenga el mismo problema que yo... que no sepa expresarse como yo”.

La terapeuta fue trabajando el lugar simbólico del bebé que está esperando, centrándose en la importancia de formar un vínculo anterior al nacimiento. El acercamiento de sus padres fue de gran ayuda para que fuera logrando esto.

Durante los 5 meses en que Martina sostuvo el tratamiento, logro reconstruir la relación con su hermano, con quien no se hablaban desde la confesión.

Observación: La última sesión fue con el padre de Martina. Se trabajó el acompañamiento a su hija con respecto al embarazo.

Manifestó que se la veía mucho mejor y pidió la inclusión de su mujer al tratamiento. A la madre se la cito en dos oportunidades pero no asistió. Martina entro en el periodo de vacaciones y debía retomar en el mes de enero.

CASO JAZMIN

Edad: 16 años

Periodo de tratamiento: Diciembre 2017 / actualmente en tratamiento

Datos Formales: Cursa esporádicamente cuarto año de la secundaria en una escuela pública de su barrio. A simple vista es una joven delgada, con cabello negro largo tapando la mitad de su rostro.

A la primera entrevista se presentó con ropa deportiva, traía una venda y un pañuelo atado en su muñeca izquierda tapando los cortes que se había provocado. Es retraída y con poca apertura para el dialogo.

Constitución familiar: Jazmín es única hija, con ella convive su Padre (50 años), y su abuela paterna (73 años).

Los padres están separados desde que ella tiene cinco años. La madre (49 años) desde el momento en que se separó se fue a vivir cerca y no tienen buena relación entre ellos.

Plan terapéutico: Psicología, psiquiatría, psicopedagogía.

En su historia clínica están incluidas otras actividades complementarias como: taller de adolescentes, talleres de padres, acompañante terapéutico y terapia ocupacional, pero no asiste a ninguna de ellas.

Luego de un periodo de ausentismo, Jazmín retoma el tratamiento. Su tío paterno se hace cargo económicamente del tratamiento, por lo tanto se arregló para que asista solo a las tres primeras actividades.

Motivo de consulta: Intento de suicidio por corte en las venas.

El tío paterno solicitó telefónicamente una entrevista para Jazmín, relatando lo sucedido. Había tenido un intento el fin de semana en su casa. Desde la institución solicitaron la asistencia de los padres o tutores de la joven para la primera entrevista.

Admisión: La entrevista de admisión fue realizada por la psicóloga del centro quien luego tomará el proceso psicoterapéutico.

Jazmín asistió con su padre y luego de brindar algunos datos formales, el padre relato que la joven tuvo un intento de suicidio, cortándose las venas, el fin de semana y que no era la primera vez, ya que lo había hecho antes en el año 2015 con fármacos y cortes.

Conto que los problemas de su hija comenzaron en el año 2015 cuando le confesó que había sido abusada por su tío materno, motivo que desencadenó múltiples conflictos no solo en Jazmín sino en toda la familia. En aquel momento se dio inicio a la parte legal para condenar al abusador y Jazmín estuvo con asistencia psicológica y tratamiento farmacológico, pero hace un año que dejó de asistir.

Como consecuencia de los cortes que se provocó, Jazmín se desmayó y fue asistida en la guardia del hospital, por tal motivo decidieron consultar nuevamente a pesar de que el padre demostró cierta resistencia.

La paciente en todo momento de la entrevista estuvo con la cabeza gacha, mirando el piso, con la mitad de la cara oculta bajo su cabello.

La psicóloga indago si estaba de acuerdo con empezar un tratamiento y demostró su aprobación con un gesto.

Sesiones

En las primeras sesiones terapéuticas se repite la actitud de la 1° entrevista: llegaba a la sesión con la cabeza gacha, cara oculta bajo su cabello, un pañuelo cubriendo su muñeca izquierda; pensativa miraba el piso sentada al borde del sillón sin decir nada.

Jazmín no daba mayor información que la que brindó el padre en la entrevista de admisión pero seguía asistiendo a pesar de sus silencios.

La terapeuta recurrió a juegos como el yenga, juegos de cartas y juegos de mesa para mejorar la comunicación, y a medida que fue pasando el tiempo y logrando una mayor apertura por parte de la paciente se indagó a cerca de su historial de cortes.

Jazmín tiene un historial de conductas autolesivas previo a la actual consulta. Cabe destacar que no refirió motivo desencadenante del corte por el que consultó en su momento, pero sí habló de ellos de manera general debido a que es una conducta que se ha repetido desde el año 2015.

“Me corto porque no encuentro motivos para vivir... el mundo se me viene encima antes de hacerlo... corro al baño, agarro la Gillette escondida y llorando empiezo a cortarme. Me alivia, me tranquiliza”.

Prosigue:

“Me corto las muñecas y algunas veces las piernas. Mi cuerpo ya no siente el dolor por que hace mucho que lo hago, aunque no tan seguido, las primeras veces no me animaba a tanto, después los cortes se hacen más profundos. Lo hago cuando siento que no puedo más con mi vida”.

“Todos se asustaron por qué no lo hacía hace mucho. Esta vez se me bajo la presión, me encontró mi abuela (paterna)... siempre está pendiente de mi porque sabe que soy media loca”.

Sobre el inicio de su conducta autolesiva relata:

“La primera vez fue a los 14 años ¡el peor año de mi vida! Cuando paso todo lo del tipo que me abuso, le digo tipo porque esa persona aunque sea de mi familia no es familiar mío”.

“Después de mi cumpleaños, en el mes de mayo, tenía 14 años, ahí empecé a cortarme, de bronca, porque mi mama nunca me creyó que el tipo ese abusaba de mi”.

“Yo no lo quiero hacer porque sé que me lastimo, pero no puedo controlar mis ganas cuando pasa algo grave, los demás piensan que yo me corto para matarme y en realidad lo hago para tranquilizarme”.

Repite:

“Lo único que me alivia cuando estoy triste es cortarme, no lo puedo evitar”.

“Se me pone la mente en blanco, no puedo pensar en nada, quiero escaparme y siento ganas de cortarme”. “No me acuerdo de nada, lo único que sé es que lo quiero hacer”.

Contó que fue a tres psicólogos antes y que la última psicóloga la acompañó en todo el proceso legal del abuso. Dijo que ella había sido abusada sexualmente por un tío materno desde los ocho hasta los diez años. Se lo conto a la madre cuando cumplió los catorce años; es ahí cuando comienza todo el proceso legal a raíz de la denuncia que realizó el padre. A Jazmín le tomaron testimonio por cámara Gesell.

Sobre el abuso sufrido había testigos porque el tío abusaba de ella a delante de un primo, por lo tanto fue condenado con la pena máxima y actualmente está procesado.

A raíz de toda esta situación, Jazmín comienza a tener problemas que bordeaban lo psiquiátrico.

“Desde que termino el juicio yo pensé que iba a poder descansar y estar tranquila pero comencé a escuchar voces que me decían que me mate, que yo no soy buena. Lo intente varias veces, con pastillas y cortándome. Tengo pesadillas muy feas, me levanto llorando... mi abuela dice que me hicieron una brujería, nose, es difícil de entender por eso volví”.

“Mi papá y mi abuela me viven diciendo cosas... que deje de acercarme a mi mamá. Ella no me habla desde que yo conté lo del abuso, siempre nos llevamos mal, me dejo a los 5 años y se fue a vivir cerca, nunca me dio bola”.

“Me crie con mi abuela y mi papá, mi mama y mi abuela se odian. Mi mamá pasa frente a mí y me da vuelta la cara, yo nose para que me tuvo si no me quería”.
(Se angustia)

En una de las sesiones se refirió a los ataques de angustia que sufría estando en el colegio y se culpaba así misma por que los demás no le creían, la trataban de mentirosa.

Las recaídas de Jazmín remitieron al abandono materno y este dolor no era reconocido por su padre

El padre era un hombre que se oponía al tratamiento psicológico y psiquiátrico, violento, transgresor del encuadre de la terapia, no quería hacerse cargo de lo que sucedía con su hija, por lo que en un momento dejo de pagarle el tratamiento.

Después de ausentarse por varias sesiones, el tío paterno volvió a solicitar una entrevista para Jazmín, haciéndose cargo él.

Jazmín retoma la terapia con nuevos cortes como castigo por no sentirse merecedora del amor de su madre, lo que la genera dificultad para vincularse con el resto de las personas, padre, abuela, tío, amigos; generando constantemente fantasías de abandono.

“Cuando me siento sola me pierdo...no me gusta que entren a mi burbuja porque yo me encariño y después me dejan”.

La presencia de la psicóloga en el proceso terapéutico funciona como sostén para la revisión de su autoestima. La relación con la psicóloga es una apertura para salir de su burbuja narcisista y lograr vincularse desde un lugar menos destructivo.

CASO NATALIA

Edad: 18 años

Periodo de tratamiento: Octubre de 2017 / Actualmente en tratamiento

Datos formales: Natalia cursa segundo año de la carrera universitaria Ciencias de la Educación. Trabaja de administrativa en una Fundación con fines solidarios de la cual participa en algunas actividades.

A los diecisiete años quedó embarazada, tiene una hija de un año y cuatro meses y convive con su pareja.

A simple vista es una joven amable, simpática, sonríe constantemente cuando habla, denota cierta ansiedad en su discurso.

Su contextura física es delgada y aparenta a ser mayor a la edad que tiene, se presentó a la entrevista con ropa formal.

Constitución Familiar: Su familia está constituida por su padre (58 años), trabaja en la administración pública, su madre (55 años), es ama de casa y un hermano mayor (25 años) que cursa la carrera de policía. Es una familia de clase media-baja en la que conviven los padres y su hermano.

Natalia vive con su novio (24 años) y su hija (1 año) en la casa de los padres de su pareja. Para ella la familia de su novio es más tranquila, por eso eligió vivir ahí, se siente más contenida que en su casa.

Plan Terapéutico: Psiquiatría, psicología y psicopedagogía.

Motivo de consulta: Problemas académicos

Natalia solicitó telefónicamente un turno a la institución debido a que tenía dificultades para rendir sus exámenes universitarios.

Admisión: En la entrevista de admisión, se la observó ansiosa, con un discurso verborrágico, decía estar nerviosa por la situación.

Luego de exponer algunos datos formales necesarios para la historia clínica, dijo que había consultado por que tenía problemas para rendir los finales de su carrera universitaria.

Conto que es anoréxica y bulímica desde los 14 años y como consecuencia de su enfermedad intento suicidarse con fármacos en dos oportunidades.

Recibió asistencia psicológica en el Servicio de Adolescencia del Hospital E. Vera Barros, durante aproximadamente 3 años. Hace un año que Natalia no está en *tratamiento*.

Sesiones:

Observación: es necesario destacar que en el discurso de la paciente aparece la risa constantemente a lo largo de las sesiones.

Manifestó que la pasa bien en su trabajo, le agrada todo lo que tiene que ver con lo solidario.

Sobre el motivo de consulta comento que tiene problemas con la presión que le genera ir a rendir los finales de su carrera:

“Me cuesta el tema de los finales, es mucha presión, llego ahí y me olvido de todo lo que estudie, a veces ni llego... no me presenté a rendir en el último tiempo, siempre pasa algo... se enferma mi hija, me enfermo yo o surge otra cosa a último momento y no me presento”.

Para Natalia los exámenes como la crianza de su hija son situaciones estresantes y cree no estar preparada para hacerlo bien.

Además refirió que por su trastorno de alimentación le cuesta **“todo”** un poco más, es agotador para ella estar pendiente de la comida, el control sobre lo que come es un pensamiento recurrente y le molesta que la gente opine sobre su trastorno.

“me cuesta todo esto que me paso... tengo anorexia y bulimia desde los 14 años, pare de vomitar cuando me entere que estaba embarazada, mi hija no tiene la culpa de lo que soy”.

“pienso todo el tiempo en relación a la comida, es muy cansador...yo sé que es un problema, lo tengo claro pero me molesta que opinen, por algo vengo acá”

“hay épocas en que puedo controlarlo y otras en que no, lo hago casi todos los días, me fijo las calorías de la comida... tengo miedo por mi hija”.

Con respecto a sus dos intentos de suicidio (el primero a los 14 años y el segundo a los 16 años) fueron para poder parar con “todo esto” que tanto la agota.

Si bien Natalia recurre al despliegue de sus conductas compulsivas en determinadas situaciones que la desbordan, se pone en juego algo del placer cuando reconoce que le gusta.

“Los intentos fueron para parar con eso que te come la cabeza, esa voz. A pesar de todo, nunca lo deje de hacer porque me gusta... no tengo un objetivo de peso como otras chicas, lo empecé a hacer porque me sentía mal, me veía gorda, odio tener rollos...Ahora ya es parte de mí, es algo que no puedo controlar cuando me vienen las ganas, me agarra sobre todo cuando estoy triste, es lo que me calma.”

Ella no quiere ser gorda y serlo implicaría la muerte. Dijo:

“Lo que dije desde chica es que prefiero morirme que ser gorda... yo no le tengo miedo a la muerte, muchas veces sentí que no quería vivir más, para mí no es un problema morirme”.

Natalia quedo embarazada a fines del 2015, su año más complicado con respecto a la bulimia y la anorexia; además se cortaba e intento quitarse la vida por segunda vez.

“Ese año toque fondo, andaba siempre con los cutter, fue el año que quede embarazada”.

El cuidado durante el embarazo fue un sacrificio para ella. Su hija tiene un año y concurre a un jardín maternal, la maestra le llamo la atención por la merienda que le manda a diario; le pidió que mejore la alimentación de la nena y que incorpore variedad de alimentos ya que solo le manda galletas de salvado.

Ella manifestó tener miedo porque su hija es “gordita”. La psicóloga hizo hincapié en la importancia de una alimentación saludable y balanceada que favorezca el crecimiento de la nena.

“Ella también es gordita, pobre. La seño del jardín me retó porque dice que solo le mando galletas de arroz y de salvado, pero tengo que cuidarla... no quiero que sufra lo que sufro yo”.

El trabajo terapéutico con Natalia giro en torno a la incorporación de hábitos de alimentación; al momento de la exposición del caso, la psicóloga expreso que es un largo trabajo con la paciente.

La terapeuta observo además que cuando Natalia va camino al consultorio y se cruza con otras personas en el pasillo se corre para dar paso como si su cuerpo fuera robusto, incluso una vez mencionó a manera de chiste que casi no entra por la puerta; ella físicamente es muy delgada, lo que da cuenta de la distorsión en su imagen.

“Me siento gorda, antes me miraba al espejo y me veía gorda, ahora lo tengo aquí”. (Señalo la cabeza).

Con respecto a su familia, tenía una relación conflictiva con ambos padres. Su madre era muy exigente con el colegio y con las actividades que realizaba, la comparaba y reprendía cuando traía bajas notas. La define como una madre poco afectiva, incluso oculto su embarazo durante los primeros 6 meses por miedo a la reacción de sus padres.

“No querían que se enteren porque mi mamá iba querer que aborte, dice que soy una loca de mierda”.

La relación con su padre tampoco era buena, el padre es ludópata y ejercía violencia física sobre todos los integrantes de la familia. Natalia conto que tanto ella como su hermano llegaban con moretones a la escuela a consecuencia de los golpes de su padre.

En la casa la violencia esta naturalizada, ese es uno de los motivos por los que prefiere vivir con la familia de su novio. Mencionó que también sufrió episodios de violencia por parte de su pareja.

Frente a todas estas situaciones Natalia tiene como recurso el despliegue de conductas autolesivas. Presenta un historial de corte previo a la consulta.

Los episodios de corte comenzaron en relación con su trastorno de alimentación: después de vomitar se sentía mal y se cortaba, lo hacía a modo de castigo, pero reconoce también que en ese tiempo la relación con su madre empeoró.

En el momento en que consulta dijo hacerlo cuando surgen sentimientos hostiles por su hija o cuando se siente triste por algún conflicto con su pareja o familia.

“Yo me corte por primera vez a los 14 años cuando empecé con todo el tema de la anorexia, terminaba de vomitar y me cortaba. En ese tiempo me llevaba muy mal con mi mamá, deje de ir a árabe porque no quería mostrar mi cuerpo, estaba mal”.

“Me metía al baño y me cortaba aquí a los costados (señalo la cintura). Fueron solo un par de veces... el año más duro fue cuando quede embarazada, ese año no podía controlar mis ganas de cortarme, vivía con los cutter, me cortaba las muñecas, deje de vomitar por el embarazo, pero me vivía cortando”.

Las conductas compulsivas en relación a la alimentación se pusieron de manifiesto nuevamente cuando su hija cumplió el primer año, se desesperaba cuando no podía interpretar las demandas de su hija.

“Yo la amo, es como un amor- odio porque a veces llora y llora y no entiendo que quiere, eso me desespera, y como tengo miedo de hacerle daño, pegarle como me pegaban a mi... antes de llegar a eso prefiero lastimarme yo, de paso me tranquilizo”.

Manifestó tener miedo de no poder controlar sus impulsos y dañar a su hija:

“Yo no es que no quiera a mi hija, pienso y hubiera preferido no tenerla porque si ella no está yo puedo descargar y hacer todo en los momentos en que me siento mal. Por ejemplo cuando termino de pelear con mi novio me dan terribles ganas de salir corriendo al baño, buscar la Gillette y cortarme; pero a veces no puedo porque tengo que cuidar de ella”.

“No me quiero separar de mi novio porque no quiero estar sola con mi hija y menos volver a mi casa con ella”.

Se trabajó la importancia de buscar más sanas formas para resolver la angustia y se hizo hincapié en el vínculo que tiene con su hija, es decir, el lugar que ocupa. Además quedo un arduo trabajo a cerca del entorno violento en el que está inmersa lo cual juega un importante papel en su vida.

Observación: El material expuesto fue recolectado durante el periodo de prácticas predeterminado, los datos seleccionados se desplegaron en el transcurso de 4 sesiones debido a que luego comenzó el receso de verano.

Es importante destacar que Natalia después de las vacaciones retomo el tratamiento y agrego nuevos datos.

Fue abusada sexualmente a los 12 años por un tío paterno durante un año aproximadamente. Dijo que se lo conto a los padres cuando tenía 16 años y que ellos no hicieron la denuncia porque en ese momento el tío no vivía en la provincia y consideraron que no era necesario.

Expreso tener la necesidad de viajar a la provincia donde vive su tío para increparlo por lo sucedido. Contó que viajo anteriormente y no se animó a acercarse.

Finalizado este encuentro, Natalia salió como todas las veces para irse a su casa, pero se quedó en el patio de la institución, estaba angustiada. En un momento salió la terapeuta y le pregunto cómo estaba, a lo que ella respondió en medio llorando que tenía muchas ganas de lastimarme. En ese momento la terapeuta llamo a la psiquiatra para que intervenga en la situación; cuando Natalia comenzó a ver que todos se preocuparon por la situación, se tranquilizó y decía que estaba bien, que ya se quería ir a su casa. A pesar de la insistencia de la psiquiatra para que tengan una charla, ella decidió retirarse del lugar.

Dijo la terapeuta que estaba muy marcado en ella el hecho de llamar la atención, si bien ella sostiene el tratamiento no hay una real conciencia de enfermedad.

“Ya me decidí en dejar a universidad por que no puedo con todo”.

“Acá yo me río y no puedo contar como son las cosas que me pasan, estaba pensando en escribir lo que siento... hay momentos en mi casa que tengo muchas ganas de cortarme, no aguanto, al último cutter que compre mi novio me lo escondió o me lo tiro en la última pelea que tuvimos”.

Los cortes que se realizaba Natalia no son profundos, son líneas finas horizontales. Tiene varias cicatrices en la muñeca de tamaño similar.

Con respecto a trabajo psicoterapéutico, la psicóloga administro solo el DFH como técnica proyectiva. Según lo que relato la psicóloga apelando a sus recuerdos, el dibujo no tenía cara, ni manos, mucho menos cabello, el único detalle que resaltaba era una panza como con varios rollos; le puso de nombre Soledad con una edad de 24 años. Ubico el dibujo en la parte central de la hoja, que ubico de forma horizontal.

A partir de la práctica realizada en el Centro Terapéutico “Cpaij”, se ha podido recolectar los datos necesarios para realización el presente trabajo.

Se recurrió a la teoría psicoanalítica para analizar los casos observados dentro de la institución teniendo en cuenta el marco teórico conceptual propuesto.

Con el objetivo de organizar la información obtenida, y su posterior análisis teórico, se ha propuesto cuatro categorías de análisis que sirven para dar respuesta a los objetivos específicos propuestos. Se adjunta además un cuadro de presentación de casos, que muestra de forma sintética los datos de los pacientes estudiados.

El análisis propiamente dicho se expone caso por caso en función de las categorías seleccionadas y se realizó un cuadro comparativo de las conductas autolesivas de los sujetos que iniciaron tratamiento en dicha institución.

Categorías de análisis:

- ❖ Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las conductas autolesivas.
- ❖ Cuerpo como escenario de acción.
- ❖ Vínculos familiares.
- ❖ Conductas autolesivas e intentos de suicidio.

❖ Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones.

Las adolescencias conllevan un componente de riesgo propio, por ser las mismas una etapa conflictiva, sometida a constantes cambios: físicos, psíquicos y social, que dejan a los jóvenes en un lugar de vulnerabilidad que el adulto muchas veces no dimensiona. El desencadenante de tales conductas autodestructivas tiene que ver en la mayoría de los casos con una fractura interna, que tendrá relación con el modo en que la organización psíquica de cada sujeto hará frente a estos embates, teniendo en cuenta el medio familiar y social en el cual se despliegan.

Resulta pertinente analizar cuáles son los motivos que precipitaron a estos adolescentes a tener tales conductas autolesivas, en las cuales aparece el acto en lugar de lo simbólico.

Es necesario localizar en el discurso de cada sujeto los tres tiempos (antes, durante, después) en que se desarrollan dichos actos y los modos de ejecución.

Osorio, define a esta acción como una conducta compulsiva, dado que el sujeto es consciente de lo que hace pero no la puede evitar, ni explicar. Es una conducta que se produce frente a una situación determinada en la que la persona no puede evitar descargar de otro modo. Si bien, está definida como una compulsión, en ocasiones hay personas que oscilan entre una conducta autolesiva compulsiva y una impulsiva, teniendo siempre predominancia una sobre otra.

Los tipos de autolesiones observados en los siguientes casos son los cortes, localizados en las muñecas y piernas, como también en la parte del abdomen; además, a veces, aparecen las escoriaciones sangrantes en la piel, son producidas por objetos cortos punzantes como: cutter o Gillette.

❖ Cuerpo como escenario de acción

El cuerpo esta inevitablemente marcado por el deseo, la pulsión; por los encuentros y desencuentros con el otro ser humano.

Beatriz Janin ubica al cuerpo como un lugar que adquiere diferentes perspectivas, un lugar donde se manifiestan muchas de las problemáticas psíquicas, ubicándolo en un lugar simbólico: “cuerpo representado, cuerpo fantaseado, cuerpo golpeado, cuerpo libidinizado, cuerpo del dolor y del placer son algunas de estas manifestaciones”.

Estas formas de manipulación del cuerpo intentan una comunicación no verbal con efecto de impacto en los demás.

Hemos de analizar cuerpo en la estructura psíquica y la significación de las conductas autolesivas en los siguientes casos.

❖ Vínculos familiares

El golpe de lo real en la pubertad no solo tiene que ver con cambios físicos sino que también se ponen en juego los objetos parentales, los referentes simbólicos y las construcciones imaginarias de la infancia. La familia es el lugar desde donde el sujeto comienza a descifrar el deseo. En ese sentido, es necesario reconocer como está ubicado ese sujeto frente al deseo de sus padres.

Hebe Lenarduzzi plantea *“es de gran importancia la mirada resignificante de los padres. Si lo apoyan, si lo valoran, si aceptan sus intentos de independencia si lo ayudan a introyectar una imagen valorada de sí mismo. Si por lo contrario proyectan en él los aspectos desvalorizados de ellos mismos, se intensifican los sentimientos persecutorios”*.

En ocasiones, el desencadenamiento de este tipo de conductas se debe a un borramiento de los ideales familiares. Nos encontramos con que en todos los casos estudiados aparece el conflicto familiar como base para el desencadenamiento de las conductas autolesivas. Es por ello que resulto pertinente tomarlo como categoría de análisis y poder determinar las características de dicha conflictiva.

Nos centraremos también, en lo que postulo Kancyper a cerca del Desafío Tanático y el Desafío Trófico para analizar desde que lugar se posicionan los sujetos estudiados, como así también indagar si existe o no la Confrontación Generacional.

❖ **Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio**

Lawrence Claes y Walter Vandereycken definen a las conductas autolesivas como *“Un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio. A partir de esta definición, quedan por fuera los piercing y los tatuajes por tratarse de fenómenos socialmente aceptados”*.

Las autolesiones aparecen como respuesta frente a situaciones conflictivas que oscilan entre vínculos familiares y amorosos, lo cual desbordan al adolescente y lo llevan a actuar en su propio cuerpo.

Los adolescentes buscan aliviar la tensión de esos conflictos mediante el dolor que esto les produce, adquiriendo diferentes funciones para el sujeto. La conducta autolesiva puede funcionar como anestésico, descarga, castigo, etc. Es un intento para que el dolor de la herida supere a la angustia, la tristeza o rabia que sienten.

Es común que al enterarse de que sus hijos llevan a cabo tales prácticas, los padres se asusten pensando que es un acto suicida. Si bien estos actos no conforman en si un intento de suicidio, no se puede descartar por completo un riesgo de este tipo.

Para la OMS, las autolesiones no suicidas representan un tipo de violencia que puede poner en riesgo a la persona que las realiza y, en algunos casos, puede ser a puerta de una conducta suicida; si bien no en la mayoría de los casos.

Poder identificar en el estudio de casos, si existen previos intentos de suicidio o ideas suicidas por parte de los jóvenes seleccionados será de suma importancia para evaluar la relación de los mismo con las autolesiones provocadas.

Teniendo en cuenta la clasificación de Suicidios elaborada por el Comité de Nomenclatura y Clasificación reunido en 1971, se consideran tres categorías:

- ❖ El suicidio propiamente dicho o completo, que termina con la muerte.
- ❖ El intento de suicidio que es un acto con daño físico pero sin muerte.

- ❖ Las ideas suicidas, que expresan pérdida de deseo de vivir, pero que no llevan a daño concreto.

Es importante destacar que el suicidio logrado es un “*pasaje al acto*” del cual es sujeto no tiene retorno, mientras que el “*acting out*” el sujeto no puede expresar con palabras lo que acontece recurriendo a la actuación.

ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

Se seleccionaron para el análisis cinco casos clínicos de pacientes que recibieron tratamiento en el Centro Terapéutico “Cpaij”, durante el periodo del mes de octubre a diciembre del año dos mil diecisiete.

La presentación de los casos se realizó a través de una reconstrucción de los mismos por parte del profesional psicólogo que atendió a cada paciente. Se complementó la información de cada caso con la revisión de las historias clínicas que se encuentran en la institución y las entrevistas de admisión.

Los nombres de los pacientes, junto a otros datos, se modificaron con el motivo de preservar su identidad.

A continuación se adjunta el cuadro de presentación de los casos y su posterior análisis por categorías.

Cuadro presentación de casos clínicos seleccionados

Nombre	Florencia	Fiorella	Martina	Jazmín	Natalia
Edad	13 años	14 años	16 años	16 años	18 años
Periodo de Tratamiento	- Inicio: Octubre 2015 - Fin: Febrero 2017 por alta voluntaria.	- Inicio: Enero 2018 - Actualmente continúa en tratamiento.	- Inicio: Dic 2016 - Actualmente continúa en tratamiento.	- Inicio: Dic 2017 - Actualmente continúa en tratamiento.	1° tratamiento 2014-2016 (Serv. De adolescencia. Hosp. Vera Barros). 2° tratamiento: Octubre 2017 Actualmente continúa en tratamiento.
Plan Terapéutico	Psicología Psiquiatría Psicopedagogía Grupo de adolescentes TO AT	Psicología Psiquiatría AT TO	Psiquiatría Psicología Grupo de Adolescentes Taller para padres. (padre)	Psicología Psiquiatría Psicopedagogía	Psiquiatría, psicología y psicopedagogía.
Motivo Manifiesto	Bajo rendimiento escolar/poca concentración	Cortes en la muñeca	Intento de suicidio (ahorcamiento)	Intento de suicidio (corte en las venas)	Problemas académicos
Motivo Latente	- Relación conflictiva con la madre - Sexualidad	- Etapa de transición Salida exogámica - Narcisismo	Abuso Sexual	Abandono materno Abuso sexual	Trastorno de la alimentación Abuso sexual
Significante Cuerpo	- Trastorno de la alimentación: Dieta, gimnasia, hipertiroidismo, vómitos	No se menciona	Dificultad para el registro del cuerpo, sobre todo en el embarazo	Dificultad para registrar el cuerpo, insensibilidad corporal.	Distorsión de la imagen corporal
Conductas autolesivas	- Cortes: muñecas y entrepiernas	- Cortes: muñecas	Fantasía de corte Rasguños en la piel	Cortes: muñecas y piernas.	Cortes: cintura y muñecas
Intento de Suicidio	No aparece	No aparece	Ahorcamiento	Previo al tratamiento: fármacos. Corte en las muñecas	2 intentos con fármacos, previos al tratamiento.

Fuente: producción propia

Edad: 13 años

Motivo de consulta: Bajo rendimiento escolar y poca concentración.

❖ **Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones**

Durante el periodo de tratamiento Florencia cuenta que comenzó con las conductas autolesivas en el mes de Mayo aproximadamente, un tiempo antes de que ingresara a la institución. En ese momento lo hizo una sola vez a modo de experiencia, ya que no refiere un motivo puntual de su inicio y plantea que lo dejó de hacer por un tiempo.

A lo largo del proceso psicoterapéutico se pueden identificar cuatro episodios en donde recurre a la conducta autolesiva. Los tipos en que se reflejan las autolesiones en la paciente hacen referencia a cortes en las muñecas y en las entrepiernas.

Sus conductas autolesivas en un primer momento hacen referencia a desengaños por parte de chicos con los cuales mantenía un tipo de relación virtual, a través de mensajes y/o llamadas telefónicas. A partir de ello surgían peleas que la angustiaban y como recurso se autolesionaba.

En su discurso expresa que antes de cortarse se siente mal y no piensa, aparece un bloqueo del pensamiento en Florencia que se desencadena en acto.

*“Me corte porque estaba mal, me había peleado con mi novio y mi mamá... **no pensé en nada y me corte**”. En otro momento asociado también a discusiones con sus amigas y un posible engaño expone nuevamente: “Me corte de nuevo no aguante más, tuve un día horrible, discutí con mis amigas y con mi novio. “Seguí en clases pero **ya no podía pensar**”.*

En termino de Beatriz Janin podríamos pensar que Florencia busca de esta manera generar una marca que anule su “angustia de no existencia” frente al otro, en esa falta de pensamiento que expresa, deja de existir simbólicamente y se transforma en acto puro.

Durante el corte Florencia expresa: *“Cuando me corto no pienso, me siento mal y no lo hablo con nadie, lo escondo”.* Esta alteración del preconscious lleva a una dificultad

en las ligaduras entre representación cosa y palabra, la imposibilidad de poner en palabras sus emociones, genera que la descarga de lo intolerable para la consciencia devenga en acto *“nose porque mi mente me recuerda las cosas tristes...”* frente a esto que expresa podemos tomar a Hebe Lenarduzzi y su concepto de Vulnerabilidad psicosomática teniendo en cuenta uno de sus indicadores principales que tiene que ver con la modalidad de los afectos que produce la aparición de angustia automática, lo cual se sostiene además por tener antecedentes de haber sufrido ansiedad de separación en la infancia. Recordemos aquí, que en un momento Martina expresa su enojo por la infidelidad que ella descubrió de su padre hacia su madre. Es por esto que no entiende por qué su mente le recuerda las cosas tristes como aquel descubrimiento que en ella genera angustia y el principal motivo por el que todo el tiempo siente que la engañan, que le son infieles como lo fue su padre.

Florencia dice *“cuando estoy triste todo me da igual y no tengo ganas de estudiar o prestar atención... cuando estoy triste no puedo pensar en otra cosa”*. La tristeza en la paciente genera pérdida del interés que se refleja en su incapacidad para responder a las actividades del colegio. Esta dificultad para pensar antes de realizar el acto compulsivo se relaciona con la dificultad para estudiar, motivo por el cual ha bajado su rendimiento escolar.

Las conductas autolesivas son una manifestación compulsiva y sistemática de la cual Florencia es consciente pero no puede evitar repetir, expresa: *“cuando algo me sale mal no puedo controlar mis ganas de cortarme... lo volví a hacer”*. *“... después de hacerlo me siento mal, me da mucha culpa”*. Las apariciones repentinas de angustia ante la imposibilidad de resolver estas situaciones que se le presentan, tienen como base un conflicto materno, ya que en más de una oportunidad cuando hace referencia a sus cortes, los relaciona con la pelea que tuvo con su madre donde verbalmente le dijo algo que tiene que ver con su sexualidad pero que Florencia aun no puede poner en palabras.

❖ Cuerpo como escenario de acción

Florencia estaba atravesando una etapa de muchos cambios con respecto a su cuerpo y a la imagen de sí.

Durante una de las sesiones se puso en evidencia la diferenciación de los sexos y la inquietud acerca de la pregunta de ¿Qué es ser mujer?

Era evidente el cambio de imagen de Florencia dependiendo de con quien vaya a la sesión, es decir, cuando iba acompañada de su madre, se presentaba estéticamente bien arreglada, pintada, peinada y usando polleras o vestidos. A diferencia de cuando era llevada por su padre, su imagen era más sport, usaba ropa deportiva, zapatillas y no se pintaba.

Frente a este cambio tan evidente la psicóloga realiza una intervención en donde se despliega un escenario de inquietudes propias de la etapa que está atravesando.

La terapeuta resalto la trenza que tenía hecha Florencia, diciendo:

Psicóloga: "linda trenza flor"

F: "¿Si?, gracias. Me vestí así porque mi mama dice que tengo que ser más femenina".

P: mira vos, ¿y qué es ser femenina para vos?

F: silencio. "Vestirse como mujer... (Se queda pensando). Aunque hay hombres que se visten como mujer." (Sonríe)

P: es cierto.

F: "No me había dado cuenta de eso. Yo así no me siento cómoda, porque tengo que estar cuidando que no se me vea nada, me gusta más andar de pantalón". (Ríe)

Los adolescentes en esta etapa deben enfrentarse a múltiples cambios que tienen que ver con una imagen corporal en constante transformación, en términos de Barrionuevo habría una desmentida a través de la pérdida de las formas que denuncian ser mujer,

que se manifiesta como expresión de la dificultad para enfrentar la complejidad de las transformaciones propias de la pubertad. En Florencia se observó que su imagen corporal este conflicto con lo que propone el discurso materno, en un intento de abolir el pasaje de ser niña a mujer, lo que se manifiesta en pedidos de la madre para que haga dietas y empiece el gimnasio.

En este sentido, Florencia se encuentra atravesando la pérdida del cuerpo infantil, lo que provoca la desestructuración de su ser niña que la re- enfrenta a un cuerpo fragmentado, *“Yo así no me siento cómoda, no soy yo”*. Se interroga acerca de su propio lugar y el de los otros en el mundo, buscando encontrar en la mirada del Otro, algo que pueda garantizarle un lazo entre la imagen y el cuerpo. Esta construcción de la identidad ante la mirada del Otro y su deseo parece imprescindible para que el sentir pueda ser puesto en palabras. Lo que sucede es que la imagen que le devuelve la madre no coincide con el momento que está atravesando ya que propone ideales estéticos altos desde la infancia, cuando Florencia bailaba árabe, su madre la comparaba con las demás compañeras y le exigía tener un buen cuerpo.

“Cuando bailaba árabe mi mamá me jodía con que no vaya a engordar por que se lleva la panza al aire”.

En una de las entrevistas con la psicóloga la madre manifiesta el deseo de que su hija sea delgada, no por cuestiones de salud sino más bien por un ideal estético propio, manifestando la necesidad de que Florencia haga dietas, sobre esto la madre dijo: *“Ella es desarreglada para comer, yo le decía que se cuide porque no es lindo ver una nena que baile con una tremenda panza, no es por nada, pero no queda bien”*. Además expresa el deseo de que su hija haga cursos de maquillajes, peluquería y estaba barajando la posibilidad de que empiecen una dieta juntas.

Se puede presumir que los cortes que se realizó Florencia en determinados momentos tienen que ver también con una marca de perdurabilidad y apropiación de su propio cuerpo, Beatriz Janin postula que *“son marcas propias que se diferencian de las marcas de origen, no solo las biológicas sino las que les fueron adjudicadas por los padres; en este caso por el discurso materno. Busca de esta manera diferenciarse no solo del ideal impuesto por su madre sino también de romper con ese proyecto de hija pre establecido.*

En este sentido, las marcas autoimpuestas, parecen instituir al cuerpo como sujeto de un discurso que avala su singularidad.

Otro punto importante con respecto al cuerpo, tiene que ver con una situación que vivencio Florencia en su colegio, en la cual se vio involucrada. La madre de una compañera dio aviso en la dirección que había visto en el celular de su hija que se intercambiaban fotos desnudas entre las alumnas del colegio, eso llegó a oídos de Florencia y cuando ella vio entrar a la madre de su amiga al colegio, se empezó a sentir mal, se mareó y cayó desmayada. Tuvo que ser asistida por profesionales médicos y retirada del colegio.

Ella expresó no saber lo que le pasó realmente, solo dijo que se sintió mal y se desmayó. Dicha conducta, podría interpretarse como un Acting Out, como modo de demostración al Otro, por ser descubierta en su accionar. Se puede inferir que habría un desplazamiento en cuanto a la función materna, donde aparece la fantasía de que es su propia madre la que entra al colegio.

Con respecto a las fotos que se intercambiaban funcionan como una forma de experimentación y reelaboración de los cambios del propio cuerpo ante la mirada del otro. Los caracteres sexuales secundarios que se despliegan en esta etapa puberal, producen una importante conmoción en el psiquismo del púber, quien deberá entregarse a un complejo proceso lo cual modificará la imagen de su propio cuerpo.

En la entrevista de cierre del tratamiento su madre expresa que encontró a Florencia vomitando, no se trabajó sobre estos episodios, dado que la paciente abandonó el tratamiento por voluntad materna, pero es importante reconocer que la aparición del trastorno de la alimentación puede hacer referencia a la complejidad del momento que atraviesa, buscando un lugar simbólico y singular, donde se vehiculiza el interrogante acerca de qué quiere el otro de mí, lo que se deposita en la función materna, es oponerse desde el síntoma al mandato materno.

❖ **Vínculos familiares**

Florencia vive con su madre (39 años) y su hermano mayor (16 años). Dado que sus padres están separados, ella y su hermano visitan regularmente a su padre.

El padre (41 años) convive con su actual pareja, tienen una hija (2 años). Florencia se llevaba muy bien con su hermana menor, manifestó que la extrañaba cuando no podía verla seguido.

La madre de Florencia era intrusiva, es avasallante y se mostró muy interesada en saber a cerca de la iniciación sexual de su hija. El padre era reservado, callado, no confiaba en el tratamiento terapéutico. No asistía a las entrevistas de padres y ni tampoco al grupo de padres.

Al comienzo del tratamiento Florencia expreso que el motivo de sus cortes en principio, fue la pelea por un joven pero también había peleado con su madre. Se puede tener la hipótesis de que la pelea con su madre es la base de su compulsión a las conductas autolesivas.

La discusión a la que hace referencia la paciente, tiene que ver con la fantasía de la madre sobre su posible iniciación sexual, analizando el discurso de la joven, habría una posible proyección materna, debido a que su madre se quedó embarazada siendo muy joven aun.

“En la pelea mi mamá me dijo algo muy feo, algo que no puedo repetir... ella pensó que había perdido la virginidad”.

Luego de un tiempo y después de un nuevo corte, Florencia vuelve a referirse a la discusión inicial con su madre: *“Me enoja lo que me pasa me duelen las cosas que me dicen, mi mamá me lastimo con lo que dijo cuándo pensó que había perdido la virginidad”.*

El control exacerbado por el estrago materno le ocasionaba a Florencia una serie de conflictos que desencadenaban sus actos, el deseo materno atraviesa su psiquismo, por lo tanto no podía emerger su propio deseo: *“Mi mamá quiere estar metida en todo, es insoportable”.*

Hebe Lenarduzzi postula que “es de gran importancia la mirada resignificante de los padres”, que en este caso no se cumplía, Florencia expreso: *“Mis papas no entienden que me pasan otras cosas... a ellos solo les importa que me saque buenas notas y nada más”... “Ellos no me escuchan, por eso no les cuento nada”.*

Los padres de Florencia estaban en constante conflicto como pareja, no tenían empatía para con los estados emocionales de su hija solo les importaba su rendimiento escolar.

Al comienzo del tratamiento frente a la resistencia de Florencia, se aplicó la técnica de “La Foto” que consistía en llevar 5 fotos significativas, la primera foto que presento fue la de su abuelo, quien falleció cuando ella tenía 10 años, la pérdida de su abuelo coincide con la separación de sus padres. Ella manifestaba que su abuelo era como un padre, cada vez que lo menciona sobreviene la angustia en Florencia.

El abuelo cumplía la función paterna, por ese motivo fue una pérdida muy importante, que aún no puede tramitar y le produce un gran dolor. Su muerte coincidió con la separación de sus padres, a los diez años.

Teniendo en cuenta los antecedentes familiares que se fueron desplegando a lo largo de su tratamiento, se puede inferir que hay una total ausencia, déficit de la figura paterna y un excesivo control de la privacidad de Florencia por parte de su madre. Ante la falta de lugar para expresar con palabras su deseo aparece las patologías del acto como recurso de mostración a los padres

Hay un posicionamiento edípico negativo de difícil corrimiento, cuyo atravesamiento queda evitado a partir de la decisión de su madre de sacarla del tratamiento, por no ver los avances terapéuticos que esperaba.

En entrevista de cierre, la madre manifiesta que la había encontrado en más de una oportunidad a Florencia vomitando. Esta manifestación sintomática funciona como una provocación dirigida al Otro, como un interrogante sobre su deseo. El autor Barrionuevo postula que el eje central está en cómo faltarle al Otro.

❖ **La función de las conductas autolesivas y los intentos de suicidio**

La conducta autolesiva en Florencia funciona como anestésico frente al dolor psíquico, lo imperfecto de la red familiar, la deficitaria función paterna y el excesivo control de la intimidad por parte de su madre generaba en ella una profunda angustia que desencadenaba el corte. Tales cortes se ubican en la muñeca y entrepiernan, surgen

de manera esporádica y sus heridas no son profundas por lo que la marca de los cortes son líneas finas, apenas visibles de forma horizontal.

No se observa intención de morir en el desarrollo de sus conductas autolesivas, tampoco aparecen intentos de suicidio previos o durante el proceso terapéutico. Tomando lo que postula Fernando Osorio en su libro “Cortarse”: “El despliegue de su conducta autolesiva no es en sí mismo un acto suicida”. Si bien puede comportar una cierta carga de riesgo, es habitual que esta conducta surja invariablemente como un medio para hacer frente a factores estresantes y no para ponerle fin a la vida.

Las conductas autolesivas en Florencia aparecen como una descarga frente al desborde de angustia, en términos de Viñar funciona como “una evacuación de algo intolerable en el psiquismo del orden de la frustración, de la ira o de un vacío sin nombre, sin representación”. Se puede interpretar dichos “cortes”, como una forma de excluir al adulto (madre) de su espacio propio.

Florencia trazo un paralelo entre el motivo de consulta inicial (dificultades escolares) y sus conductas autolesivas (síntoma), ya que su “**no pienso**”, se traduce en un rechazo al saber, lo cual se evidenciaba en su dificultad para estudiar y cumplir con el rendimiento escolar.

Edad: 14 años

Motivo de consulta: Corte en una de sus muñecas.

❖ **Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones**

Las conductas autolesivas en principio se presentaron de manera experimental, Fiorella había hablado con sus compañeras del colegio sobre el tema de las autolesiones y un día sin mencionar un motivo real desencadenante, solo que estaba triste, surgió la posibilidad de experimentar el dolor que le producía el corte. Lo hizo en su habitación, en compañía de una amiga del colegio, sucedió tiempo antes de comenzar el proceso terapéutico.

“La primera fue para probar, porque estaba un poco triste... Con mis compañeras del colegio hablamos sobre eso de los cortes, entonces probamos”. “Mi compañera se quedó a dormir en mi casa, fue en mi pieza con un cutter del colegio...”.

La conducta autolesiva puede ser un acto solitario como también un acto participativo que tiene un trasfondo de identificación con el otro o bien con el grupo de pares, como forma de pertenencia. El autor Osorio plantea que “es una práctica que puede reproducirse a partir de una conducta en masa, por identificación con otros sujetos que se autolesionan sin ninguna motivación. No tienen ninguna razón personal”.

Sobre el segundo corte Fiorella expone: *“La segunda vez si me dolió... Estaba sola, salí y le tuve que mostrar a mi mamá. Nose por que lo hice. (Ríe)”*. En este episodio se localiza el dolor frente al corte y el miedo ante las consecuencias que dicha práctica puede tener, por lo que recurre a la búsqueda de ayuda. Se puede interpretar que el miedo y la culpa fueron suficientes como para cesar con el corte.

Los padres en la entrevista de admisión manifestaron su preocupación por la reacción de su hija, pero además contaron a cerca de la angustia en la que se vio envuelta Fiorella en ese momento. Su madre dijo *“Se le fue la mano, se lastimo de más y salió llorando del baño a avisarme a mí. Estaba asustada, le salía sangre así que la llevamos de inmediato al hospital”*. Su padre expreso: *“Ella solo lloraba, cuando*

llegamos a casa y se tranquilizó fui a preguntarle por qué lo hizo pero no me dijo nada, solo prometió que no se iba repetir”.

El primer corte entonces, tiene que ver con la búsqueda de experimentar la tensión, como forma de disfrazar el goce a través del dolor en el cuerpo; *“No me dolió por que fue pequeño (sonríe)”*; *“La segunda vez sí me dolió”*.

El goce en Fiorella también se vehiculiza en el afuera, a través de la importancia que le otorga al consumo como así también a su aspecto físico y estético, usando ropa de marca, celulares de última generación, es decir, manifestando una cierta exhibición del mundo de consumo, dando lugar a un goce en sí mismo, en donde se privilegia el *tener* en lugar del *ser*.

Con respecto al segundo corte que presenta Fiorella, lo cual generó el motivo de consulta. La terapeuta indagó a cerca de lo que había sucedido el día en que se desencadenó tal conducta y ella expreso lo siguiente: *“Me puse mal porque el chico con el que salía estuvo con una amiga en el cumpleaños de una compañera esa misma noche... yo estaba ahí, quede como una estúpida delante de todos”*. *“No aguantaba la bronca por eso me corte”*. Lo que a Fiorella la enfureció es la manera en que quedó expuesta delante de sus compañeros, se sintió avergonzada; agrego: *“Como me va pasar eso a mí, pienso y me da bronca, me vienen ganas de lastimarme de nuevo, quede como una tonta delante de todos, no se los voy a perdonar”*, aquí aparece la fantasía de corte como consecuencia del recuerdo que amenaza nuevamente su narcisismo.

La adolescencia es una etapa de constantes cambios, de crisis y desafíos que cada joven debe a travesar con más o menos conflicto, se despliega una batalla narcisista que sacude las instancias psíquicas, su narcisismo se vio amenazado frente a la mirada del otro (compañeros), lo cual género en ella una cierta ansiedad que se desencadenó en acting.

Fiorella si bien es una joven que se muestra tímida ante los demás, con poco dialogo, es importante en ella ser admirada por sus pares a través de lo que Tiene, el poder adquisitivo de su familia le permite adquirir objetos de última generación, lo cual le permite a ella reforzar su autovaloración y la diferenciación con el otro, pero en esta búsqueda de sentirse segura o superior a través del consumo de objetos y de reforzar

constantemente su narcisismo, tiene un bajísimo umbral ante la frustración y como consecuencia, le cuesta todo lo que tiene que ver con compartir, como así también generar vínculos e interrelaciones con los demás. Se pierde el contacto con el otro real; Fiorella plantea que habla con su espejo las cosas que le pasan: *“Yo hablo conmigo misma... ¿para qué quiero la opinión del otro? si yo sé lo que voy a hacer. Me miro al espejo y me digo las cosas que están bien o mal”*. Hay un encierro narcisista en el rechazo de recibir algo del otro, aparece la fantasía de lograr todo, como forma de no reconocer la castración.

Freud en su escrito “Introducción al narcisismo”, nos dice: *“La libido extraída del mundo exterior fue conducida al yo y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo”*.

Si bien una dosis de narcisismo es necesaria en la adolescencia lo cual ayuda a construir la subjetividad de los jóvenes, es importante que no se pierda en esta prevaecía del consumo excesivo el contacto con el otro real, la posibilidad de reconocer al otro como diferente pero también como par. Crear grupos de pares en esta etapa funciona como plataforma hacia una mejor salida exogámica.

A medida que Fiorella fue exteriorizando sus sentimientos y sus emociones, fue disminuyendo el dialogo con el espejo y generando vínculos con diálogos más directos, con su terapeuta y al mismo tiempo con sus compañeros, creando así grupo de pares no solo en su escuela sino también en el centro terapéutico.

❖ **Cuerpo como escenario de acción**

Fiorella atravesaba una etapa de transición con respecto al cuerpo, propia de la etapa adolescente. Estaba muy marcado su ideal de princesa, su cuerpo y su apariencia mostraban una niña en contradicción con lo que ella sentía *“No soy una bebé”* mencionó en una de las entrevistas; esta contradicción la enfrenta a una de las problemáticas principales de la adolescencia: la desaparición de un mundo y un cuerpo infantil.

Fiorella deberá ir atravesando la caída de su yo ideal, esa proyección imaginaria, la promesa hacia la cual el yo tiende, esa ilusión de unidad que está en la base del yo; momento en el que emerge el ideal del yo, como una introyección simbólica,

significante que operará como guía para dominar la posición del sujeto en el orden simbólico.

La imagen corporal de Fiorella está atravesada por las experiencias erógenas particulares de la infancia, es decir, se constituyen por cómo ha sido tocada, cuidada, y acariciada, es aquí donde aparece ese ideal de princesa que se fue constituyendo a partir del lugar que tiene en la dinámica familiar, debido a que es la menor del grupo familiar y la consentida de la casa.

En esta reestructuración que impone la adolescencia Fiorella deberá trabajar no solo la pérdida de su cuerpo infantil sino también el sentimiento de frustración y derrumbe que esto genera, ya que es algo que provoca ansiedad y enojo en ella, lo que puede provocar perturbaciones emocionales y nuevas conductas autolesivas.

Teniendo en cuenta lo que plantea Hebe Lenarduzzi “Si lo simbólico y lo metafórico pierden fuerzas, las expresiones instintivas tenderán a tramitarse por vías más primitivas, por ejemplo la violencia”, esta violencia no siempre está ubicada por fuera del sujeto, sino muchas veces y como es en el caso de las autolesiones se deposita en el propio cuerpo, generando estados de vulnerabilidad en los jóvenes.

❖ **Vínculos Familiares**

El entorno familiar de Fiorella está constituido por su padre (57 años) que es médico y ejerce en el hospital del pueblo. Su madre (55 años) es ama de casa y un hermano (18 años) que es estudiante.

Su familia cuenta con una buena posición económica por lo tanto, Fiorella siempre tiene lo que quiere en cuanto a lo material, ropa y tecnología de último modelo, es muy consentida por sus padres y ellos asumen su accionar.

En la entrevista de admisión, haciendo referencia a la relación que tienen con su hija, manifestaron su extrañeza frente a las conductas de Fiorella, debido a que a ella no le hace falta nada, por eso sus padres se sienten preocupados. Su padre reconoce ser el más benévolo con ella, siempre le da lo que ella pide. En el último tiempo junto con la aparición de las conductas autolesivas, la relación de Fiorella con su padre entro en conflicto por la sobreprotección de él y la búsqueda de independencia de ella.

“Mi papá es bueno conmigo, me da con todos los gustos pero quiere controlarme en todo. Me molesta, cree que no sé cuidarme sola y con lo que pasó están peores”.

Fiorella está atravesando el tiempo de derrumbe de la dependencia infantil, de ese mundo infantil que estaba lleno de credulidad, la adolescencia aquí aparece como un tiempo opuesto en términos de Viñar, “tiempo de derrumbe del crédito casi ilimitado que le otorgábamos al mundo adulto, como principio de sabiduría y autoridad”. Estos sentimientos de amor- odio que se despliegan en el discurso de Fiorella, es un proceso esencial para la adquisición de su identidad. Es importante aquí la presencia de su padre para posibilitar la tensión entre los opuesto, es decir, dar lugar a la confrontación generacional posicionándose no en el lugar de enemigo, sino, de alteridad.

Cuando Fiorella habla de la relación que tiene con sus padres, en especial con el padre, plantea la necesidad de vivir, es decir, de vivenciar sus propias experiencias, la necesidad de una salida exogámica; *“Están encima mío, no me dejan vivir”*. El desprendimiento de las figuras parentales de la infancia y sus subrogados, es un proceso necesario e imprescindible para el momento que está atravesando, este momento puede ser interpretado cuando dice: *“Mi papá todo el tiempo me dice “hijita”, me tiene cansada... no quiero ser mas eso, yo se cuidarme sola, no soy una bebe”*, aquí Fiorella traza claramente la marca de la infancia a la pubertad y para este paso es necesario como plantea Leclair “matar al niño maravilloso o terrorífico” que de generación en generación atestigua los sueños y deseos de los padres, la condición de este paso implica por lo tanto matar la representación del niño-rey, dejar de ser la hija princesa, instante donde su yo comenzará a emerger.

La restructuración de las instancias psíquicas de Fiorella como así también la modificación de su lugar en la dinámica familiar, represento no solo un sacudón para ella sino también para sus padres, sacudón que ella manifestó a través de su conducta autolesiva buscando generar una marca que le dé un sentido de pertenencia y trascendencia, “este es mi cuerpo”, inaugurando un nuevo origen, una marca en su subjetividad que borre los lazos con las generaciones pasadas.

A lo largo del proceso terapéutico y con su posterior trabajo Fiorella logro una nueva posición, tomando a Kancyper se ubicó frente a un Desafío trófico, donde se promueve su crecimiento y su individuación, logrando que al mismo tiempo que cuestiona lo establecido, crea productos y experiencias nuevas y propias, este desafío para el

autor esta signado por la pulsión de vida y tiene como resultado una buena salida exogámica.

❖ **Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio**

Las conductas autolesivas en Fiorella asumen la función de descarga, tal descarga se desencadena en el sentimiento de fragilidad frente a la mirada del otro, además de una marca como sentido de pertenencia frente a los cambios propios de su etapa adolescente.

Beatriz Janin plantea que se trata de un “baluarte de identidad forjado por el sujeto mismo en su cuerpo y se diferencia tanto de los ideales de los padres como de su proyecto de hijo”. Buscando así, generar una marca de identidad que asegure el nacimiento de su subjetividad.

A medida que Fiorella pudo ir exteriorizando y dando palabras a sus sentimientos y sensaciones, logrando dar respuestas a sus incógnitas con respecto a la etapa que está atravesando, mejorando su comunicación y vinculándose con sus pares, fue logrando un gran cambio en su semblante.

No se volvieron a repetir las situaciones de corte, ni mucho menos fantasías de llevarlo a cabo, puede tramitar su ansiedad y sus cambios por vías más saludables, como la palabra.

Edad: 16 años

Motivo de consulta: Intento de Suicidio (ahorcamiento).

❖ **Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones**

En el caso de Martina, debido a que su motivo de consulta fue el intento de suicidio, se pudo identificar durante su proceso terapéutico un solo episodio donde recurrió a la conducta autolesiva y algunas fantasías de autolesión desencadenadas por determinadas situaciones.

Si bien Martina es una chica que a simple vista se la ve tranquila y silenciosa, por lo general cuando se enoja su temperamento cambia notablemente y tiende a tener reacciones agresivas que no puede controlar, ya sea hacia ella misma o hacia terceros, la falta de palabra se convierte claramente en posteriores actuaciones.

Uno de los desencadenantes de estas reacciones en Martina se manifestó en una discusión que tuvo con su madre, lo cual hizo que retomara su tratamiento, luego del intento de suicidio. Se puede interpretar que el conflicto materno a Martina la angustia de tal manera que no encuentra otra forma de descarga si no es a través de la actuación.

Cuando Martina habla por primera vez de las sensaciones que se despiertan en ella a partir del enojo con su madre, dice: *“Me mandaron por la pelea con mi mamá, me exige que me vaya bien en el colegio, no sé qué me dijo pero me enoje mucho y le tire con lo que tenía en la mano”*. Algo muy marcado en el discurso de Martina, es que reprime el desencadenante de su desborde violento, es decir, en varias oportunidades, frente a estas situaciones violentas ya sea contra ella misma o contra los demás, hay algo de su discurso que se reprime y que luego a partir de las preguntas que va realizando la psicóloga, sale a la luz.

Cuando Martina cuenta ese episodio, dice no recordar que fue lo que le dijo la madre que hizo que ella reacciones así, pero a medida que la psicóloga fue indagando, dijo *“Me insinuó como que después voy a intentar matarme de nuevo... Ella no tiene que*

hablar así, si lo que me paso en parte ella tiene la culpa, si hubiera estado eso no pasaba”.

Aparece en su relato dos puntos importantes: en principio hace referencia a su intento de suicidio *“me insinuó que después voy a intentar matarme de nuevo...”*, el otro punto se acentúa en la última frase *“...si hubiera estado eso no pasaba.”*; se puede interpretar que habla del hecho de abuso que sufrió por parte de su hermano, situación que conto en la entrevista de admisión pero que no se profundizo en el proceso terapéutico por consideración de la psicóloga.

Refiere que en los momentos de mucha angustia o furia le sobreviene la fantasía de autolesionarse como recurso para parar con su dolor psíquico: *“Necesito sacar el dolor que siento de alguna manera porque me cuesta decir lo que me pasa”*; la ausencia de palabras se traduce en actuaciones violentas auto/ heterogresivas.

Otro episodio que se identificó como desencadenante de las conductas autolesivas en Martina tiene que ver con lo sucedido en el colegio. Al ver su maceta rota, ella reaccionó de manera agresiva, *“Me pongo ciega cuando me enojo...”*, su imposibilidad por controlar sus momentos de ira, llevo a la paciente a que se autolesiones a través de escoriaciones sangrantes en la piel.

“Tenía tanta bronca... me dieron ganas de cortarme... con mis uñas me rasque tanto el brazo que me lastimé...”

En el análisis de su discurso Martina describe lo que siente durante el despliegue de estas conductas ante el descontrol de sus impulsos. *“...el pecho me va explotar, lo mismo que sentí el día que paso lo del intento”, “Tengo mucha fuerza, por eso lo hago conmigo”.*

La joven logro recuperar la tranquilidad con la presencia de la figura paterna *“Me tranquilice cuando llego mi papá”*. Hay una identificación con su padre a través de sus descontrol de los impulsos, algo que el reconoce como trascendente en su hija: *“Martina eso lo saco a mí... yo reconozco que en eso es similar a mí”.*

Entonces, los tipos de autolesiones que presenta Martina a lo largo del proceso terapéutico son dos: las fantasías de corte y golpes, y las escoriaciones sangrantes de la piel. Viñar postula: *“Es propio de la mente humana navegar entre dos aguas:*

una, la de la realidad cotidiana adaptativa; otra, de ensoñason, que transcurre y se transita no solo en lo que es, sino sobre todo en lo que se anhela y lo que se teme". A partir de este pensamiento, se puede trazar un pasaje entre estas dos manifestaciones, articulando la realidad con la fantasía como puente entre el acto psíquico y el acto material.

Otro de los momentos en donde se traza una fina línea en el pasaje entre estos dos aconteceres, fantasía y realidad, aparece cuando Martina expresa: *"Yo a veces tengo miedo de descontrolarme y matar a alguien, no mido... si voy a buscar a la persona puedo hacerle un daño del que después me arrepienta, **me pongo ciega**", "No me acuerdo mucho cuando lo agarre porque **me pongo ciega** cuando me enojo". Esta "ceguera" que manifiesta se relaciona con el discurso de su padre cuando dice: "Yo cuando me enojo siento que se me apaga la luz".*

La ceguera de Martina también puede interpretarse como un desplazamiento de aquello que "No vieron sus padres" que estaba sucediendo con respecto al abuso sufrido, si bien no hay mayores datos, es un hecho traumático, que en mi consideración personal se trasforma en el punto nodal del desencadenamiento de sus conductas auto/ heterogresivas, el cual tiene que ver con un enojo interno por el desconocimiento y desprotección de sus padres, en especial de su madre.

El comportamiento de Martina se traduce en una conducta impulsiva y exaltada de carácter violento, un arrebató disruptivo de sus impulsos: *"Me da bronca, enojo, impotencia"*. Retomando al autor Osorio: "En general la persona que reacciona impulsivamente luego puede sentir arrepentimiento porque no pudo controlar esa reacción y, en lugar de resultar liberadora para sí, esa conducta lo angustia". Este sentimiento de culpa se ve reflejado en su discurso, *"Quiero cambiar...me dolió ver a mis papas destrozados por lo que paso"*.

❖ Cuerpo como escenario de acción

En la reconstrucción presentada sobre el caso de Martina, no hay demasiados datos acerca de la significación otorgada al cuerpo, pero si se pudo observar analizando su discurso que aparece una dificultad para el registro del mismo frente al embarazo.

Hay un cierto desafecto con respecto a lo que implica tal situación, esto puede interpretarse por un lado por su corta edad para ubicarse frente a la función materna, pero también de acuerdo al vínculo que forjó con su madre y la importancia de tal, para su propia constitución psíquica.

Freud postula que el yo es ante todo un *yo corporal*, es una proyección psíquica que se constituye por las marcas que han dejado las sucesivas sensaciones corporales en el contacto con el Otro. En “Psicología de las masas y análisis del yo”, acota: “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo”, esto se forja a través de la identificación con ese Otro y de la apropiación de rasgos del otro, el Yo-cuerpo del niño comienza a formarse y adquirir la capacidad de registrar las experiencias sucesivas de placer y dolor, que van a permitir el reconocimiento de sí mismo”.

Martina dijo “...*con mi mamá nunca tuve una relación de madre e hija, ella es re fría, nunca demuestra nada...*”

Su personalidad desafectivizada y la falta de gestualidad que acompañan su discurso, incluso su llanto, son características que muestran la forma en que Martina fue registrando y tramitando sus estados afectivos en la infancia. Este proceso depende de la mirada del Otro y su deseo, de cómo ese otro va metabolizando los estados del niño, lo que permite que el sentir del niño pueda ser puesto en palabras, algo que a Martina le cuesta notablemente por lo que utiliza como mecanismo de defensa su agresividad: “*Yo soy una persona fría, si sos frío no te duele nada. No te afecta nada*”. “... *Yo por dentro soy una persona sensible, me dolió todo lo que paso, pero me volví fuerte para poder callarlo*”.

En varias oportunidades Martina hace referencia a la situación de abuso como “eso” o bien, dejándolo como supuesto; pero en el proceso terapéutico no se obtuvieron mayores datos, aun así, podemos suponer que la falta de registro de su cuerpo, puede deberse al mecanismo de defensa de la represión como una forma de poder “callar el abuso”.

Por todo lo planteado es importante hacer hincapié en el trabajo de asignarle un lugar simbólico al bebé que está esperando Martina, incluso antes de su nacimiento, ya que ella misma expresa que tiene miedo de repetir su historia: “*Tengo miedo de que mi*

hijo tenga el mismo problema que yo... esto de que no sepa expresarse como yo". Además también despliega su miedo con respecto a la maternidad *"Nose si voy a poder hacerlo bien"*. Resaltar aspectos positivos de su personalidad, generar un vínculo amoroso con su hijo, donde pueda expresar lo que siente y así disminuir su nivel de ira, será de gran importancia para que Martina logre ir posicionándose en el lugar de la maternidad.

Teniendo en cuenta lo observado en el taller de adolescentes al que asistió Martina en varias oportunidades, su apariencia estética siempre fue impecable; ella es una joven delgada, cabello largo rubio, aparentaba a ser más grande a la edad que tenía, los demás adolescentes la ubicaban en el lugar de la madura del grupo, quizás por ser silenciosa y seria. Esto se contradice con lo que expresó su psicóloga en la reconstrucción del caso, en donde plantea a Martina como una persona con bajo autoestima. Esta contradicción que se haya entre su apariencia y su representación psíquica puede tener que ver con una desvalorización de sí misma, con rasgo por momentos depresivos que se desmienten a través de su aspecto estético.

❖ **Vínculos familiares**

El motivo de consulta de Martina (intento de suicidio) despertó gran preocupación en sus padres, una mayor atención y la búsqueda de momentos para compartir con ella; Martina se ponía ansiosa porque no sabía cómo responder a tal demanda de afecto: *"Los tengo encima mío todo el tiempo... ahora están todo el tiempo viendo si estoy bien, no me dejan sola", "Cuando quieren abrazarme o compartir conmigo nose como actuar, nose que hacer...me pone incomoda, nose cómo reaccionar"*.

La noción de un beneficio secundario de la enfermedad fue introducida por Freud en el análisis del caso Dora («Fragmento de análisis de un caso de histeria»), en donde postula: "El motivo para enfermar no es otra cosa que el propósito de obtener una cierta ganancia", este "beneficio" designa a toda satisfacción directa o indirecta que el sujeto obtenga de ella. Martina luego de su intento de suicidio logró captar la atención de sus padres, *"Cambiaron todo... a mi mamá es la primera vez que la veo preocupada por lo que paso, como queriendo acercarse a mi..."* "No estaba acostumbrada a tanto". Martina logró lo que Freud llamó "Beneficio secundario de la enfermedad", captar la atención de sus padres, pero en especial de su madre.

“El aspecto objetivo del beneficio secundario oculta, con frecuencia, su carácter profundamente libidinal: la indemnización, por ejemplo, puede simbolizar una dependencia niño-madre” (Grippio, J. sitio web)

El conflicto central de Martina es la relación materna y su reclamo por la falta de cariño y presencia que en su realidad psíquica la hubieran protegido del abuso que sufrió por parte de su hermano mayor.

Martina en la entrevista de admisión le confeso a sus padres que fue abusada por su hermano mayor Facundo, quien quedaba al cuidado de la joven mientras su madre trabajaba. Esto sucedió en su infancia, como ya mencionamos anteriormente, no hay demasiados datos sobre este hecho.

Según lo observado en las historias clínicas, Martina en ese momento dirige la culpa hacia su madre, haciendo un reclamo por la falta de presencia: *“Esto paso porque vos me dejabas con el cuándo ibas a atender el negocio, el me trataba mal y siempre tuve miedo de contarlo...”* *“Parte de lo que paso ella tiene la culpa, nunca estuvo para mi... ella tiene la culpa de lo que paso cuando lo dejaba a facundo que me cuide. Si ella hubiera estado eso no pasaba”*. Era notable la angustia de Martina cuando hace referencia al abuso, incluso posterior a estos dichos ella manifestó fantasías de autolesión, sentía ganas de lastimarse. Se puede inferir entonces, que el abandono materno es uno de los puntos centrales para el desencadenamiento de las posteriores conductas de Martina.

La agresividad es una característica de la mayoría de los integrantes de la familia, Martina, su padre y su hermano reaccionan de la misma manera *“Ustedes saben cómo es facundo de agresivo”* dijo en la entrevista de admisión. En uno de los talleres, el padre de la paciente, manifestó que le cuesta mucho dialogar con sus hijos y que con quien más problemas de rebeldía tuvo es con su hijo mayor Facundo. Conto también en una entrevista con la psicóloga que Martina en más de una oportunidad lo enfrento discutiendo. A partir de estos datos podemos inferir que la violencia y las reacciones agresivas están naturalizadas dentro de la red familiar, hay poca afectividad y se evidencia una falta de comunicación entre los integrantes tanto en lo parental como en lo fraterno.

Desde la noticia del embarazo la relación de Martina con sus padres mejoró notablemente, el acompañamiento de ambos le dio cierta seguridad, incluso sus padres fueron de gran ayuda para la construcción del vínculo con su bebé. *“Ahora hablo más con mis papas, me gusta pasar tiempo con ellos, que me acompañen, mi mamá va a los controles médicos... la relación en casa está mucho mejor”*.

Martina se identificó con su madre al posicionarse desde el lugar de la maternidad y ya no la culpa tanto por su falta, le es ameno compartir tiempo con sus padres.

Freud en su obra sobre la feminidad, plantea que: “Bajo la impresión de la propia maternidad puede revivirse una identificación con la madre propia...” (Freud 1933, pág.123).

La identificación madre de la mujer permite distinguir dos estratos: el preedipico que consiste en la ligazón tierna, y la toma como arquetipo; y el posterior derivado del complejo de Edipo que quiere eliminarla para sustituirla para quedar a la par del padre. Es decir, el vínculo madre-hija pasa por distintas etapas, primeramente esa madre que es objeto de amor luego será desplazada con hostilidad, dando cuenta de la ambivalencia de este lazo, que se reedita en el momento que esa mujer, está por atravesar su maternidad. Diría Freud que el odio hacia la madre será por una parte superado y otra permanecerá. Desde este recorrido podemos ir construyendo que la maternidad para una mujer está marcada por el vínculo con su propia madre, con el deseo inconsciente, que tiene una complejidad inmensa y singular en cada mujer.

Podemos agregar la posición de Videla (1990) que sostiene que “el feto representa el superyó materno y así la relación ambivalente que la mujer tiene con su madre es revivida con su propio hijo, como mencionaba anteriormente este vínculo queda atravesado por la ambivalencia del amor y el odio”. De este modo Martina expreso su miedo a repetir el vínculo con su madre cuando dice: *“Ahora más que nunca voy a necesitar ayuda porque tengo miedo de que mi hijo tenga el mismo problema que yo... que no sepa expresarse como yo”*, este miedo está vinculado a la falta, falta de palabra para contar lo el abuso, la falta de la protección materna, falta de control de los impulsos.

❖ Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio

Las fantasías autolesivas de Martina y su posterior conducta auto agresivas funcionan para calmar su ira frente a la amenaza de terceros, ella siente que la única manera de defenderse de los demás es a través de la agresión, al no poder controlar estos impulsos agresivos, se vuelven contra sí misma, desencadenando autolesiones. Es decir, aparece el dolor físico como descarga y anestésico de su cólera.

El intento de suicidio se interpreta como un acting out ante la imposibilidad de expresar con palabras lo que acontece, buscando como recurso la actuación.

“Tuve una pelea con mi novio no tenía más ganas de vivir” dice al comienzo de la entrevista de admisión, pero transcurrido un tiempo de análisis, relata con mayor claridad lo sucedido y expresa que *“¡Quería parar con todo esto!”*; la idea de muerte en Martina es semejante a la imposición de una fantasía para el logro de la estabilidad afectiva y emocional, creyendo que de este modo conseguiría dominar su angustia.

Prosigue en su relato y dice: *“Seguí llorando en mi pieza, creí que con eso (Alplax) me iba tranquilizar pero no aguante más, tuve recuerdos malos de mi infancia, hasta ahí me acuerdo... desde ese día todo cambio mucho, mis papas sobre todo”*.

Freud en 1940 “Esquema del psicoanálisis” plantea una ampliación del concepto, cuando dice que el término “agieren” es entendido como un acto de repetir para olvidar, sin saberlo, asuntos del pasado infantil.

El drama del pasado infantil y el deseo que hay en él se imponen, por lo tanto el acting out habla por sí mismo. Martina es rescatada por su madre, ella sabía que su madre estaba despierta, por lo que se puede inferir que fue dirigido hacia el Otro materno, según el autor Barrionuevo, este intento de suicidio tiene una base de dramatismo e impacto. Incluso es a la madre a quien luego, le confiesa y culpabiliza el abuso sufrido en su infancia. Por ello se interpreta que los recuerdos malos de su infancia en ese momento giraron en torno al abuso.

Freud, haciendo referencia al suicidio, expone que es una forma de autocastigo frente al deseo de muerte dirigido hacia otro que se vuelve contra sí mismo, en este caso podríamos interpretar que el deseo está dirigido hacia la madre, a quien ella responsabiliza por el abandono y el abuso.

Desde una perspectiva personal, hubiera sido conveniente hondar en la situación de abuso que confeso Martina, ya que en varias oportunidades se refiere a ello en su discurso; si bien no es algo explícito, se puede identificar como un motivo latente y como un dato importante para entender con mayor claridad el actuar de la paciente.

Edad: 16 años

Motivo de consulta: Intento de suicidio por corte en las venas

❖ **Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones**

Jazmín comenzó tener conductas autolesivas repetitivas a partir del año 2015 aproximadamente, a la edad de catorce años.

Cuenta con un historial de cortes previo al motivo de consulta. Si bien, no refiere motivo manifiesto desencadenante del corte que la llevo a iniciar tratamiento psicoterapéutico, sus conductas autolesivas tienen como base el conflicto materno y el abuso sexual sufrido por un tío materno.

En su discurso se pueden identificar las sensaciones que vivencia cuando realiza la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los tres tiempos: antes, durante y después.

“El mundo se me viene encima antes de hacerlo”. En el momento en que surge la idea de autolesionarse, Jazmín hace referencia a un peso del mundo que la aplasta, que la deja inexistente, por lo que recurre a la autolesión como manera de existir a través de la herida, de Ser por el corte. Es un modo de confirmar su existencia; recurriendo a una marca de existencia aunque cause dolor.

Las ganas de autolesionarse están asociadas a la pérdida del sentido de la vida: *“Me corto por que no encuentro motivos para vivir...lo hago cuando siento que no puedo más con mi vida”.*

La anhedonia es el síntoma por excelencia que presentan los adolescentes que padecen depresión. Osorio, en su libro “Cortarse” plantea “Es un estado en el que no logran sentir placer por nada, pierden el interés por las cosas del mundo y todo se vuelve intrascendente para ellos”.

Durante el corte que desencadenó el inicial motivo de consulta, manifestó que se le bajo la presión, algo que no había sucedido anteriormente, aparentemente el corte fue demasiado profundo, por eso la familia pensó que intento quitarse la vida. Jazmín

sostiene que su fin no es matarse sino tranquilizarse: *“Los demás piensan que yo me corto para matarme y en realidad lo hago para tranquilizarme”*.

La confesión del abuso sexual, fue el desencadenante inicial de sus conductas autolesivas, ella manifiesta que fue por enojo, ya que su madre sostenía que mentía.

“La primera vez fue cuando paso todo lo del abuso, ahí empecé a cortarme, de bronca porque mi mamá no me creyó”. Jazmín tenía catorce años cuando se inició en la autolesión, lo cual coincide no solo con su confesión sobre el abuso sino también con el comienzo del proceso legal para imputar a su abusador, por lo cual se sometió a una cámara Gesell y a pesar de que estuvo con tratamiento psicológico durante todo el proceso, los cortés no cedieron en ningún momento.

Ella manifiesta un bloqueo en el pensamiento que se desencadena en actos compulsivos, si bien es consciente de lo que hace, Jazmín no puede controlar sus ganas de cortarse, *“Se me pone la mente en blanco, no puedo pensar en nada, quiero escaparme y siento ganas de cortarme... no me acuerdo de nada lo único que sé es que lo quiero hacer”*.

La autolesión en Jazmín se asienta en una conducta compulsiva, que se desempeña de un modo sistemático y consciente. Es un acto intencional y directo que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo y que responde al fin que busca cada sujeto, en el caso de Jazmín la “tranquilidad”. La calma que sobreviene al final de la autolesión responde al único instante en el que logra un alivio, pero como es efímero se repite al punto de que puede convertirse en una conducta adictiva.

Los cortes de Jazmín están localizados en ambas muñecas y piernas, fueron realizados de manera horizontal, vertical y en diagonal; sus cicatrices son más gruesas que otras, esto da cuenta de la profundidad de la herida, incluso ella en su discurso expresa que con el paso del tiempo los cortes fueron más profundos, *“Me corto las muñecas y algunas veces las piernas... las primeras veces no me animaba a tanto, después los cortes se hacen más profundos...depende también de lo que pase”*. Se puede inferir que la profundidad de la herida tiene que ver con la angustia que genere la situación desencadenante, a mayor angustia, mayor profundidad del corte.

El objeto con el que Jazmín se inflige las heridas, es una Gillette que está escondido en el baño de su casa, “...Corro al baño y busco la Gillette. La tengo escondida en el baño de mi casa y ahí empiezo a cortarme y llorar sin parar, después de eso me tranquilizo”. Es un acto solitario acompañado de una profunda angustia.

❖ **Cuerpo como escenario de acción**

Se evidencia en Jazmín una clara insensibilidad corporal, falta de registro de las sensaciones corporales, ella expresa no sentir el dolor “*Mi cuerpo ya no siente el dolor por que hace mucho que lo hago*”, esta frase se puede interpretar de dos formas: que haya perdido el registro del dolor por la duración de las conductas autolesivas, es decir, que el cuerpo se haya curtido del dolor; como así también se puede interpretar que el dolor psíquico sea mayor al dolor corporal, por lo cual le cuesta registrar su cuerpo.

El cuerpo de Jazmín está marcado por las heridas del pasado, es un cuerpo que habita en el desencuentro con el otro, no solo por el hecho del abuso motivo por el cual se reprimieron las sensaciones corporales, sino también marcado por el desencuentro con el otro materno, quien en los inicios debe ser el encargado de transmitir el baluarte de sensaciones.

Es por este motivo que aparecen dificultades para localizar las emociones placenteras, no sabe cómo responder por que se vinculó siempre desde el conflicto, desde su infancia las emociones están del lado del displacer.

Se evidencia en términos de Hebe Lenarduzzi una creciente vulnerabilidad psicosomática, entendiendo por ello a la “tendencia que tiene una persona a padecer alteraciones en su cuerpo frente a agresiones de diversa índole”, estas alteraciones que se producen en Jazmín a la hora de autolesionarse dan cuenta de una posible alteración del preconsciente que trae una dificultad en la ligadura de representación de cosa y palabra, es decir, el sujeto actúa como forma de descarga teniendo como principal escenario el propio cuerpo.

Asimismo la autora Lenarduzzi postula una serie de indicadores especiales que dan cuenta de una vulnerabilidad psicosomática aumentada, entre ellos, podemos identificar que en Jazmín aparece:

- ~ Modalidad de los afectos: angustia automática (abandono materno), ansiedad de separación en la infancia (separación de los padres), Alexitimia.
- ~ Desesperanza
- ~ Marcada tendencia a la descarga a través del acto (pasaje al acto)
- ~ Situaciones con potencialidad traumática (abuso sexual)
- ~ Autoestima frágil
- ~ Deficiencias en la red familiar y social de sostén.

Particularizado el segundo indicador, el cual tiene un valor predictor para las conductas autolesivas, la desesperanza es definida por la autora como una visión negativa de sí mismo y del futuro personal, acompañada de sentimientos de impotencia para producir modificaciones. Es más acentuada en sujetos que han padecido mayor número de traumas no asimilados en su vida.

“Yo no lo quiero hacer, porque sé que me lastimo yo misma y eso no está bueno, pero cuando pasa algo que no aguanto”. Jazmín no cree poder cambiar sus conductas, no encuentra motivos para vivir.

El abuso sexual que sufrió es un trauma que aún no puede asimilar, a pesar del tratamiento psicológico que recibió, surgen sentimientos persecutorios a través de sueños y voces que decían que no era buena persona.

Además se desplegaron también algunas inquietudes a cerca de la homosexualidad *“¿Qué pasa si me gusta una chica?... eso ya significa que soy lesbiana... en realidad a mí me gustan los hombres, pero yo nose, por que por ahí uno explora y experimenta...”*, el encuentro del adolescente con la sexualidad es propia de esta etapa y que la fantasía opere como primera dimensión psíquica para el despliegue de la misma es otra condición necesaria. Al decir de Freud (1905), la elección de objeto es llevada a cabo al principio tan solo imaginativamente.

La psicoanalista Liliana Donzis en su artículo de Pagina/12 mencionó: “Freud señala, sin posición moralista alguna, que el joven puede tener, y no sólo ocasionalmente, inclinaciones tanto homo como heterosexuales. Inclusive, a partir de lo que considera la bisexualidad constitutiva, algunos sujetos pueden alternar a lo largo de su vida elecciones sexuales y amorosas con partenaires de su mismo sexo o del otro sexo. En Tres ensayos, plantea que el psicoanálisis no juzga la sexualidad, sino que trata

de explorar las causas por las que el sujeto adviene y se posiciona de determinada manera”. (Donzis, 2013)

En el caso de Jazmín podríamos presumir que sus inquietudes son parte de una fantasía, que hace referencia al descubrimiento como bien lo define ella: explorar a cerca de la sexualidad y el encuentro con el otro.

En cuanto a la imagen corporal de Jazmín, no muestra demasiado interés por su aspecto estético, usa ropa suelta, color negro y pañuelos que tapan sus cicatrices, no muestra rasgos femeninos; la vestimenta que utiliza evidencia cierta desmentida del cuerpo de mujer que se atribuye a un duelo por la pérdida del cuerpo infantil.

Retomando el concepto de imagen corporal que plantea Hebe Lenarduzzi, el cual está relacionado con las experiencias erógenas particulares de cada individuo a lo largo de su historia, es posible interpretar que el esquema corporal de Jazmín este atravesado por la transformación propia de la etapa adolescente.

❖ **Vínculos Familiares**

Jazmín vive con su padre y su abuela paterna, mientras que su madre vive cerca, pero no tiene relación con ella.

Los padres de Jazmín están separados desde que ella tiene 5 años, si bien antes mantenía cierta comunicación con su madre, desde que ella confeso lo del abuso, la relación entre ellas fue empeorando cada vez más, al punto de que no hay dialogo alguno.

Esto a Jazmín la angustia demasiado, durante el tratamiento constantemente hizo referencia a la relación con su madre, de hecho manifiesta que los cortes comenzaron por la bronca que le generó que su madre no haya creído que su tío la abusaba.

Se pudo identificar que la relación materna conflictiva, tiene sus inicios en la infancia, la paciente manifestó: *“Siempre nos llevamos mal, me dejo a los cinco años... nunca me dio bola... a mí me crían mi abuela y mi papa”*; *“Yo con mi mamá toda la vida me lleve mal, ella nunca demostró cariño por mí pero por lo menos antes nos hablábamos, el día que lo metieron preso al tipo a mí me hicieron la cruz, ella y toda su familia”*.

El enojo y la angustia que sobrevienen en Jazmín a la hora de recurrir al acto autolesivo está en relación directa con el abandono materno, ella no puede superar el rechazo constante de su madre.

“Mi mamá pasa por frente mío y me da vuelta la cara, yo nose para que me tuvo si no me quería, (se angustia)”; *“No puedo creer que se así, soy su hija... ¿Por qué no me quiere? ¿Por qué no me registra como su hija? Te juro que no entiendo por qué me pasan todas estas cosas a mí”.*

Las recaídas de Jazmín en las conductas autolesivas remiten a la relación conflictiva materna. Los cortes aparecen cada vez que le sobrevienen los recuerdos por no sentirse merecedora del amor de su madre. Incluso uno de los últimos cortes que se realizó durante el proceso terapéutico, surgen como castigo al no poder renunciar al amor materno:

J: “Me volví a cortar, no aguante mas

P: ¿Qué es lo que no aguantas más?

J: Mi vida, si nadie me quiere, todos me dejan. Cuando me siento sola me pierdo y ahí es cuando no aguanto más”.

Por otra parte, según Barudy Jorge (citado en Ruiz & Gallardo, 2002) “la tristeza, sentimientos de inferioridad y de inadecuación, baja autoestima y ansiedad crónica van apareciendo lentamente en niños que sufren este tipo de maltrato o abandono. O sea que desarrollan cierta inseguridad afectiva ya que tendrían una necesidad de afecto. Esta representa una búsqueda de la seguridad que se ha perdido, vinculada a los primeros momentos con la madre. Lo que podría expresarse de dos formas, una sería la búsqueda de afecto y la segunda a través del rechazo como forma de protegerse por el miedo a otro abandono”. (Trigueros, A. & Sanz, E., 2001).

Tomando en cuenta lo anterior, el rechazo a mantener relaciones vinculares duraderas aparecería como forma de protegerse de otro abandono. Este mecanismo de defensa se sostiene a través de la fantasía de la **“burbuja”**: *“No cualquiera puede entrar a mi burbuja y tampoco me gusta que entren porque yo me encariño fácil y si yo me encariño después me van a dejar”.*

Su terapeuta manifestó que Jazmín tiene el ideal de familia muy marcado, ya que en su realidad psíquica la familia debería estar junta y ser por siempre feliz al no poder concretarlo, se siente frustrada y angustiada.

La relación de Jazmín con su padre tampoco es muy buena, ella constantemente le marca la falta y entre los dos se reprochan y culpan por las situaciones que viven. El padre y la abuela de Jazmín se mostraron muy resistentes al tratamiento.

Su padre no se hace cargo de las dificultades que presenta Jazmín para sobrellevar situaciones que la desbordan constantemente, en un momento manifestó acting out, como llamados de atención dirigidos hacia el padre y la terapeuta.

La abuela paterna cumple en parte la función materna en la vida de Jazmín, pero no pone límites y constantemente le marca el abandono de su madre, *“Ella me brinda lo mejor y siempre me dice que para que estoy pensando en mi mamá, si ella no me quiere, que deje de estar lastimándome, que mi mamá no sirve. Es difícil, porque mi mamá es mi mamá, y por más que sea lo que sea yo la quiero a pesar de todo”*. Jazmín se angustia mucho cuando habla sobre el vínculo materno conflictivo.

Además la abuela está en conflicto con las mujeres de su hijo, tanto con la madre de Jazmín como con la pareja actual de su hijo, con lo cual el padre de Jazmín se aleja y quien sufre la ausencia es la paciente: *“Lo que pasa es que yo vivo sola, mi papa está todo el tiempo con la novia y mi mama no me da ni bola. Así que voy al colegio cuando tengo ganas, o sea, casi nunca”*.

Jazmín entra en conflicto permanentemente con su familia para ganar la mirada y atención de los demás, a su padre le marca la falta constantemente, a su madre le reprocha el abandono y con su abuela tiene una actitud rebelde todo el tiempo.

Tomando a Kancyper, la conducta de la paciente está dominada por el Desafío Tanático, el cual está signado por la pulsión de muerte, el autor plantea que se trata de jóvenes que tienden a exponerse constantemente a situaciones de riesgo, sin medir los peligros que corren.

❖ Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio

Las autolesiones en Jazmín producen un alivio momentáneo, que generan un alejamiento de la realidad, como así también de las vivencias traumáticas internas, y en su lugar aparece un sentimiento de autocontrol de su cuerpo y por ende de sus emociones, aunque después de esto, sobrevenga la culpa.

El autor Osorio en su libro “Cortarse”, describe que en las autolesiones la tendencia al aislamiento es casi completa; no busca compañeros que lo sigan. Características descritas en el comportamiento de Jazmín, sumado a los varios intentos de suicidio que tuvo a lo largo de su historial autolesivo; no solo a través de sus cortes sino también con fármacos.

“Después que termino el juicio yo pensé que iba poder descansar y estar tranquila, pero comencé a escuchar voces que me decían que me mate... lo intente varias veces, con pastillas y cortándome”.

Los sentimientos persecutorios y de culpa que aparecieron luego del juicio ligados a la denuncia que realizó de su abusador. Ella sintió que perdió el amor de su madre por culpa de haber confesado el abuso sexual, por lo tanto aparece la ideación suicida como una solución posible.

La ideación suicida y las autolesiones son una cadena asociativa de acontecimientos que generan conductas compulsivas y enmarcadas en lo que se define como acting out, sería, la demostración de un deseo hacia un otro, en un intento de reconocimiento, es decir, mediante la acción.

La función de la autolesión en Jazmín aparece ligada a un anestésico del dolor psíquico y también en algunos momentos, funciona como castigo por la pérdida del amor maternal.

Como consecuencia de estos actos se presentan en Jazmín, reiteradas sensaciones de soledad, problemas vinculares con los padres, el abuso sexual padecido y una fantasía de abandono constante.

A medida que avanzó el tratamiento, su terapeuta pudo identificar, algunos avances en la paciente, como por ejemplo se apropió del espacio terapéutico, cedió en sus mentiras y empezó a proyectarse buscando una carrera a futuro.

Edad: 18 años

Motivo de consulta: Problemas académicos

❖ **Motivos desencadenantes y modos en que se manifiestan las autolesiones**

El inicio de las conductas autolesivas en Natalia se dio a los catorce años, momento en que se desencadenó su trastorno de la alimentación y empeoró la relación conflictiva que llevaba con su madre, estos son los motivos iniciales que manifiesta la paciente a la hora de llevar a cabo los cortes autolesivos.

Al comienzo, el corte estaba asociado a los episodios de vómito, *“Me corte por primera vez a los 14 años cuando empecé con el tema de la anorexia, después de vomitar me cortaba, me llevaba mal con mi mamá y también deje de bailar árabe porque no quería mostrar mi panza, estaba mal”*. El corte en relación a su trastorno de la alimentación aparece como castigo por vomitar.

Luego de dar a luz a su hija, el motivo desencadenante de las conductas autolesivas responde en el último tiempo a la imposibilidad de Natalia para poder interpretar la demanda de su hija, sobre esto, expresó: *“A veces llora, llora y no entiendo que quiere, eso me desespera...”*, *“Yo pienso y hubiera preferido no tenerla porque si ella no está yo puedo descargar y hacer todo eso en los momentos que me siento mal”*. Cuando menciona **“Todo eso”**, se refiere a la descarga a través del acto, ya sea vomitando o autolesionándose. El autor Osorio, plantea que en las autolesiones como conductas suicidas, suelen padecer trastornos del estado del ánimo y un humor muy inconstante que lo lleva a estados de irritabilidad e incapacidad para soportar demandas de otros, esto es lo que le sucede a Natalia con su hija.

Se pudo observar en la paciente cierta angustia interna y una sonrisa constante que denotaba el mecanismo de negación y desmentida frente a las situaciones que padece. Con respecto a esto la psicóloga mencionó que desde el inicio del tratamiento el discurso de Natalia estaba acompañado de una sonrisa constante, que por momentos llegaba a ser carcajadas, esta actitud se mantenía incluso cuando relataba situaciones difíciles de su vida, por lo cual interpreto que no había conciencia de enfermedad por parte de la joven.

Los cortes producen una especie de anestesia en Natalia que le genera cierta tranquilidad para poder *“seguir con su vida”, “después que hago eso me quedo tranquila”* dijo.

Las conductas que manifiesta Natalia son de tipo de compulsivas, tomando a Osorio, podemos inferir que tanto los cortes como sus trastornos de la alimentación, son el resultado de un “proceso interno psicológico, que el sujeto no puede evitar repetir invariablemente; pero del que es plenamente consciente aunque desconozca su motivación para realizarlo”.

En su discurso se puede localizar estos momentos cuando expresa: *“... es parte de mí, no puedo controlarlo, las ganas me vienen sobre todo cuando estoy triste”, “Cuando quede embarazada no podía controlar mis ganas de cortarme, deje de vomitar pero me vivía cortando”*; Natalia reemplaza un síntoma por otro, pero la compulsión se mantiene. Agrega Osorio en su libro “Cortarse”, que “La conducta compulsiva por lo general se produce frente a una situación determinada en la que la persona no puede actuar más que de un modo sistemático”.

Freud en su escrito “Pulsiones y destinos de pulsión”, postula que la pulsión no actúa como una fuerza de choque momentáneo, sino como una fuerza constante puesto que no ataca desde afuera sino desde el interior del cuerpo, por lo tanto, la pulsión de destrucción o pulsión de muerte en Natalia está al servicio de las conductas compulsivas como fuente de descarga constante.

Los cortes autolesivos de Natalia se localizan en la cintura y en las muñecas, de manera horizontal. Son líneas finas; el aspecto de la herida da cuenta de una conducta controlada, premeditada, más que de algo hecho en el contexto de un supuesto descontrol. No hay una autovaloración de la herida, sino que el fin está puesto en la función que cumple el corte.

El elemento utilizado es el cutter, se corta en el baño de su casa, es decir, es un acto solitario y sistemático. Natalia lo describe de la siguiente manera: *“Me metía al baño y me cortaba acá al costado (señala la cintura)”, “Hay momentos en mi casa que tengo muchas ganas de cortarme, no aguanto, al último cutter que compre mi novio me lo escondió o me lo tiro...”*.

En este caso el motivo de consulta no está asociado a las patologías del acto, sino, a su dificultad para rendir los exámenes finales de su carrera universitaria. Según lo observado en los casos seleccionados, los jóvenes que se autolesionan y descargan sus conductas a través del acto, tienen dificultades para expresar sus emociones y hablar del verdadero problema que padecen. Es por ello que el corte representa lo no dicho.

❖ **Cuerpo como escenario de acción**

Natalia presenta una marcada tendencia a la descarga del acto a través del cuerpo, el autor Barrionuevo manifiesta que en las patologías del acto “El principal escenario de acción en el que se manifiestan es el cuerpo”.

En la paciente se ha identificado que la bulimia, anorexia y las autolesiones son el recurso que utiliza para la descargar, las cuales involucran directamente al cuerpo.

Como se ha mencionado anteriormente, el inicio de sus conductas autolesivas está en íntima relación con los trastornos de la alimentación que presenta. Tanto la anorexia como la bulimia son expresiones clínicas que presentan maniobras en torno al alimento y el comer. Natalia a través de sus síntomas adquiere una peculiar posición subjetiva y un complejo entramado defensivo.

Con respecto al significativo cuerpo, presenta una marcada distorsión de la imagen corporal. La Lic. Alicia Cibeira manifiesta “Es en el adelgazamiento y en la distorsión de la imagen corporal (esa distancia que nunca puede achicarse entre como están y como se ven físicamente), como despliegue sintomático, donde se incrementan recursos a través de los cuales las adolescentes hablan y dicen de su sufrimiento”. Teniendo en cuenta lo expuesto, se localizó en el discurso de Natalia la siguiente expresión: “*Me siento gorda, antes me miraba al espejo y me veía gorda, ahora lo tengo aquí (señala la cabeza)*”. Una de las características que muestra Natalia es la convicción o certeza con la que vivencia su imagen corporal.

A su vez, Alicia Cibeira, postulo que “Cuando la adolescente anoréxica se mira al espejo no coincide la imagen que percibe y la interpretación que hace de esa percepción. Cuanto mayor es esa falta de conciencia, el grado de distorsión y de

perturbación de la imagen es mayor. Se coloca la disrupción entre el Yo y el Ideal en una imagen estereotipada y rígida”.

Natalia expresa: *“Yo no tengo claro hasta que peso quiero llegar, lo hago cuando me siento mal y eso como que me calma. Es parte de mí, no puedo controlarlo, son muchos años haciendo lo mismo, las ganas me vienen sobre todo cuando estoy triste”*, la imposibilidad para procesar los estados de angustia son el factor en común entre las autolesiones y los trastornos de la alimentación en Natalia.

Asimismo Hebe Lenarduzzi plantea que dicha “Imagen corporal está relacionada con las experiencias erógenas particulares de cada individuo a lo largo de su historia. Es diferente de una persona a otra, y está influida por la forma en que ha sido tocada, cuidada y acariciada, así como por las experiencias dolorosas”. Parte de la manifestación sintomática de Natalia, tiene que ver con la relación conflictiva con su madre, la cual desarrollaremos en otra categoría pero es de gran importancia para comprender el porqué de sus síntomas.

Si nos centramos en lo que postula Lacan en su escrito, “El despertar de la primavera”, el cuerpo esta capturado por el discurso del Otro, esto surge a partir de que todo lo que se dice de nosotros, las expectativas y temores de quienes no antecedieron, incluso antes de nuestro nacimiento o concepción. Entra en relación con lo que expresa Natalia cuando dice, *“Mi mamá siempre me dijo que soy una loca de mierda”, “Mi mamá me vivía comparando con las demás, cuando bailaba árabe... era más chica, me exigía que baile mejor que las demás”*. Las presiones maternas marcaron un ideal estético y una posición subjetiva que responde a tal discurso. La vergüenza a exhibir su cuerpo y el rotulo de “soy loca” quedo establecido en Natalia a través del discurso materno.

Cuanto más inseguro se sienta el adolescente, menos tolerante será con su cuerpo y proyectara la inseguridad en aspectos parciales de su apariencia física.

❖ Vínculos familiares

La familia de Natalia está compuesta por su padre (58 años), madre (55 años) y Fernando su hermano mayor (25 años). Ella vive con su novio (24 años) y su hija (1 año) en la casa de sus suegros, además convive parte de la familia. Según la paciente es una familia tranquila que le brinda mayor contención.

La familia biológica de Natalia presenta conflictos vinculares severos, prima la violencia psicológica y física, es por ello que la paciente eligió irse a vivir con el novio. Aunque también entre ellos aparecen situaciones violentas.

Natalia manifestó tener conflictos con ambos padres, pero sobre todo con su madre. Es una madre poco afectiva que desde la infancia fue marcando presiones tanto físicas como académicas, la compara y critica constantemente, lo que generó una baja autoestima: *“Mi mamá siempre fue muy exigente con la escuela, si me iba mal o me sacaba bajas notas se re enojaba, me decía de todo... yo nunca le conteste nada”*. No confrontaba con su madre sino más bien se culpabilizaba y castigaba por su propio accionar, motivos por el cual oculto su embarazo durante los primeros seis meses, por miedo a la reacción de sus padres. En términos de Kancyper, podríamos inferir que existe la brecha generacional, los padres se ubican en una posición de alteridad, aparece la tensión entre las partes pero Natalia no responde a la demanda, por lo cual busca descargar por vía del acto, *“Yo me enojo conmigo misma, no me sale enojarme con los otros, vos me estas puteando o pegando y yo no digo nada pero después me dan unas ganas de cortarme impresionantes”*.

Las situaciones conflictivas con su familia y con su novio despiertan en Natalia contundentes ganas de autolesionarse, el corte aparece como forma de cortar o parar con la situación que vivencia.

En la práctica clínica expreso situaciones violentas dentro de su familia por parte de ambos padres e incluso episodios de violencia con su novio. *“No quiero ser ni como mi mamá, ni como mi papá... ellos aparte de tratarnos mal a mí y a mi hermano, se llevan mal entre ellos. En mi casa nadie escucha a nadie, cuando mis viejos pelean yo prefiero no escuchar y en esos casos tengo la necesidad de cortarme”*.

La violencia tanto física como psicológica esta naturalizada y en su elección de objeto de amor hay una identificación a este actuar violento que vivencio desde su infancia. *“Las peleas con mi novio son fuertes, llegamos hasta las manos... él se pone loco y empieza a ser agresivo conmigo”*. El padre de Natalia tenia reacciones violentas con todos los integrantes de la familia, ella conto que con su hermano iban al colegio con moretones, además es ludópata; por estos episodios de violencia decidió irse a vivir en la casa de su novio, considera que es una familia más tranquila.

La defensa en Natalia es contra su mundo hostil, contra un mundo disarmónico que la perturba. Es por ello que todas las formaciones sintomáticas de la paciente son pensadas bajo el modo de defensa. Freud (1914) en *“Introducción al Narcisismo”* postulaba que el narcisismo del hijo es herencia y prolongación del narcisismo de los padres, por lo cual ese indiscriminado narcisismo primario es atinente a lo familiar y envuelve a todo el grupo. El narcisismo primario se establece como defensa contra el goce del cuerpo despedazado ante su integridad, esto se construye a partir del estadio del espejo en donde el sujeto se reconoce como uno en la imagen del espejo, pero para que esto suceda, necesita de un Otro, de algo del discurso del Otro y del deseo del Otro, en todo caso los significantes del otro lo están ayudando a construir la imagen de sí mismo, en el caso de Natalia esta signado por el control del alimento y las marcas que le otorgan las autolesiones.

Natalia incluso durante el tratamiento manifestó su temor a tener reacciones violentas contra su propia hija, dijo: *“El llanto me saca, tengo miedo de hacerle daño... pegarle como me pegaba mi papá, antes de eso prefiero controlar mi furia cortándome, así me tranquilizo”*.

La no capacidad de reverie, concepto que aportado por el autor Bion y definido como “la capacidad del objeto de recibir y responder creativamente a las experiencias concretas, de caos y de confusión”, desencadena en Natalia estados de confusión y ansiedad de descarga.

Muchas veces no puede interpretar el llanto de su hija, dijo: *“Yo la amo... es como un amor – odio... a veces llora, llora y no entiendo que quiere, eso me desespera”*. El cuidado durante el embarazo fue un sacrificio para ella y le cuesta interpretar la demanda de su pequeña.

Las fisuras o grietas en la función materna, hacen que la madre no interprete lo que el bebé necesita, “no lo entiende”; al no entenderlo se genera un ruido entre ellos que entorpece la comunicación y el encuentro, por lo que no se cumple ni la descarga tensional (el bebé no encuentra calma), la madre debería prestar su psiquis al niño hasta que él pueda contar con su aparato de pensar y procesar, como esto no sucede, la función de reverie materna no se cumple.

De este modo el bebé reintroyecta la no contención materna, quedando librado al desamparo. Esto es lo que Bion (1963) denomino “terror sin nombre”.

La reitroyección de miedos y ansiedades no procesadas ni transformadas por las fallas de la función materna, pone en marcha las identificaciones proyectivas tóxicas.

❖ Conductas autolesivas e intentos de suicidios

En las patologías del acto hay una tendencia a actuar negativamente en contra de sí mismo y/o del propio cuerpo. Estos recursos suelen utilizar los sujetos cuando no pueden apelar a lo simbólico; Alicia Cibeira postula que existe un “afecto de intensidad desbordante que hace imposible todo procesamiento psíquico”.

En el caso de Natalia, la autolesión reemplaza el dolor psíquico que no tiene límite y es devastador, la intensión es reemplazar el dolor psíquico por el dolor físico, la calma sobreviene al final de la autolesión, es el instante donde logra el alivio.

La autolesión toma diferentes funciones en la paciente, por momentos como descarga antes situaciones intolerables, por ejemplo la presión que le genera responder a la demanda de su hija o no poder interpretar su llanto, lo cual despierta en Natalia sentimientos hostiles que descarga a través del corte. Con respecto al trastorno de la alimentación, los cortes adquieren la función de castigo por comer y por ultimo aparecen también como anestésico frente a altos niveles de angustia, brindando cierta tranquilidad al finalizar su ejecución.

Podríamos interpretar que Natalia adquiere una posición de **Ser** a través del despliegue de sus actuaciones, sobre todo en lo que hace al trastorno de la alimentación, ella se presenta de esa manera, “Yo soy Anoréxica”, en ese “Yo soy...” marca su existencia a través del síntoma.

La manipulación que ejerce Natalia sobre su cuerpo buscando modificar su aspecto físico y logrando una delgadez que bascula lo extremo, al igual que su compulsión para cortarse funcionan como una comunicación no verbal de la imagen que desea producir en los demás. Busca generar una transformación que va de la mano con la cultura que propone patrones estéticos de alto nivel.

“Me molesta que opinen sobre esto, por eso no lo cuento, yo sé que esto es un problema, lo tengo claro. Por eso vengo aquí, porque es muy cansado”. Le cansa sostener el síntoma, en varias oportunidades mencionó que está cansada de *“todo lo que le pasa”*.

Hebe Lenarduzzi plantea que: “La fuerza de los medios de comunicación imponen masivamente la cultura de la imagen en detrimento de la palabra. Los modelos estéticos prevalecen sobre los éticos, aumentando en el adolescente la normal diferencia entre el yo y el ideal. Ser bello, delgado, fuerte y feliz. Vivir solo en el presente, no cuestionarse nada, no llorar jamás, parecen ser las consignas”. Consignas que se evidencian de manera clara en el comportamiento de la paciente, su risa negadora, su ideal estético, la desmentida como principal mecanismo de defensa.

Las conductas autolesivas se desencadenan a partir de acontecimientos externos, tomando en cuenta el pensamiento de Joyce McDougall, quien relaciona a la vulnerabilidad psicosomática con la “incapacidad de contener y elaborar los estados afectivos intensos desencadenados por acontecimientos externo”. En el discurso de la paciente se pueden identificar varios momentos en donde asocia la autolesión a situaciones conflictivas, por ejemplo cuando hace mención a la relación con su novio, “Cuando terminan las peleas con mi novio me dan ganas de cortarme” “Cuando mis viejos pelean yo prefiero no escuchar y en esos casos tengo la necesidad de cortarme”; frente a estos conflictos vinculares Natalia queda atrapada en una vulnerabilidad psicosomática que toma como protagonista al cuerpo.

Con respecto a sus intentos de suicidio, Natalia experimento dos intentos de suicidio con fármacos previos al tratamiento, el primero sucedió a la edad de catorce años en relación a sus conductas alimenticias, lo hizo para frenar con su compulsión, momento en que también dio inicio a sus conductas autolesivas de corte.

El segundo intento se desencadenó en el año 2016, el año más complicado en cuanto a las patologías del acto que presenta Natalia. Sus síntomas estaban en pleno florecimiento, incluso fue el año en que quedó embarazada, expreso: *“Ese año toque fondo, andaba siempre con los cutter, fue el año en que quede embarazada”*. Cuando Natalia quedó embarazada, tuvo que dejar de vomitar, pero se acrecentaron las autolesiones en su cuerpo, siempre en torno al corte, su compulsión era incontrolable.

En base a los datos recolectados durante la práctica clínica, se puede inferir que Natalia presenta conductas autolesivas de orden suicidas, tomando en cuenta la diferenciación que hace Osorio en su libro, entre conductas no suicidas y conductas suicidad, en esta última, los sujetos adquieren pensamientos monótonos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, en su discurso expreso *“Yo no le tengo miedo a la muerte, el tema no es morirse, muchas veces no quiero vivir, morirme para mí no es un problema”*, el problema de Natalia es vivir con el peso de sus síntomas, en la hostilidad de su mundo.

En su conducta no queda claro si se corta para morir o para vivir, por que aparece el goce en el medio de sus síntomas, es por ello que no deja de hacerlo ya que admite que le gusta.

Los intentos de suicidio fueron para *“Matar eso que te come la cabeza”* dijo Natalia a su terapeuta, aquí plantea un paralelo entre el trastorno de la alimentación con un control excesivo por los alimentos que ingiere, “come nada” y una incapacidad en su realidad psíquica, que le “come la cabeza”, haciendo referencia a algo que no puede poner en palabras y que la perturba.

A partir de esto, se podría interpretar que aquel pensamiento “que le come la cabeza”, sería el abuso sexual ejercido por su tío a la edad de doce años. Natalia le conto a sus padres cuando tenía 16 años, momento en que se desencadenan todas sus conductas: autolesiones, anorexia, bulimia e intento de suicidio. Los padres en su momento no hicieron la denuncia porque consideraron según Natalia que no era necesario, ya que su tío se había ido de la provincia, pero aun así, para la paciente es algo que está pendiente, ella tiene la fantasía de ir a buscar a su abusador e increparlo por lo sucedido.

Cuando conto en terapia el abuso sexual, como es común en los sujetos que atraviesan por tal suceso traumático, Natalia se angustio, pero la psicóloga manifestó al momento de la reconstrucción que no era una angustia real.

La paciente expresó sus ganas de irse a la ciudad donde vive su abusador, conto que en otra oportunidad fue allí pero no se animó a acercarse, la salida de la sesión Natalia desplegó un acting out.

Como sabemos, el acting out es un llamado al semejante, propio del tratamiento psicoanalítico que se da en transferencia, si interpretamos el acting de Natalia, podríamos inferir que está dirigido a la figura del analista. Ella salió de la sesión y se quedó sentada en el patio de la institución, un tanto angustiada, cuando salió la terapeuta a buscar al siguiente paciente, la vio sentada ahí y se acercó a preguntarle que le pasaba, Natalia expresó llorando su deseo de cortarse. La terapeuta de inmediato dio aviso a la psiquiatra, quien la invito a que ingresara al consultorio para hablar de lo que estaba sucediendo, pero ella no accedió, cuando vio que toda la institución estaba movilizada por lo que le estaba pasando, en una actitud apurada decidió irse a su casa, expresando que ya estaba bien, que no era necesario.

Tomando a Guy Trobas, señala que "... tal conducta puede ser un pasaje al acto en cierto contexto con tal o cual sujeto, y en otro contexto, con otro sujeto no ser un pasaje al acto". A partir de esto se interpretó en el análisis del discurso de Natalia, que el resto de sus conductas autolesivas están enmarcadas en lo que sería el pasaje al acto, donde cae de la escena, no escucha, no piensa, aparece la repetición compulsiva de la autolesión. Zamorano dice, que el "acto implica una salida como recurso ultimo"; hay una descarga pulsional que arrasa con el preconscious y se traduce en actos auto o hetero agresivos, no funciona la represión, no hay pensamiento, no hay fantasía como el acting.

Fernando Osorio, en el Cap. 6, de su libro "Cortarse" define a las autolesiones con ideación suicida o ideas de muerte y describe que el suicidio es una "acción letal y definitiva, deliberadamente provocada y realizada por la propia persona que tiene por objetivo cesar una situación de extrema angustia. El sujeto puede transitar en lo que se denomina intento de suicidio, recurso al que apeló Natalia en dos situaciones.

Los intentos de suicidios en la paciente responden a la tercera categoría descrita por el autor Barrionuevo, en la cual el intento aparece ante situaciones desbordantes y sin palabras, es un estado afectivo que desmantela toda posibilidad de pensar.

El problema planteado ante estas tentativas es que en un momento pueden dejar de ser solo tentativas y convertirse en un hecho concreto que acabaría con la vida de Natalia en este caso, ya que como ella misma lo ha expresado, no sería un problema morir. Es por ello que habría que prestar mayor atención a estos sucesos, logrando una mayor contención y un espacio de sostén de su autoestima, que eviten a futuro posibles decisiones extremas.

Cuadro comparativo de conductas autolesivas

	Florencia 13 años	Fiorella 14 años	Martina 16 años	Jazmín 16 años	Natalia 18 años
Tiempo	• Mayo (ant. al tratamiento) • Junio • Diciembre (dos veces)	• No hay registro del tiempo, fue anterior al tratamiento • Enero	• Junio (retoma el tratamiento) • Agosto	• Su historial de corte data del año 2015 a la actualidad	• No se localiza el tiempo de inicio, mencionó a partir del 2015 hasta la actualidad de manera esporádica
Tipo	• Cortes	• Cortes • Fantasía de corte	• Fantasía de autolesión • Rasguños en la piel	• Cortes	• Cortes
Localización	Muñecas y entrepiernas	Muñecas	Brazo	Muñecas y piernas	Muñecas y cintura
MOTIVO Anterior al corte	• Desengaños e Infidelidad: "Me corte porque estaba mal. No pensé nada y me corte". "No podía pensar en otra cosa". • Conflicto Materno: "Me dijo algo muy feo, no puedo repetirlo". "Pensó que había perdido la virginidad". • Miedo a la muerte de su madre: "Estaba mal, tengo miedo de que mi mamá se muera". • Frustración: "Cuando algo me sale mal no puedo aguantar las ganas de cortarme".	• Situación experimental: "Fue para probar porque estaba un poco triste". "Con mis compañeras hablamos sobre eso de los cortes, entonces probé". • Infidelidad / amenaza narcisista: "me puse mal porque el chico con el que salía estuvo con una amiga. No aguante la bronca y me corte". "Quede como una estúpida delante de todos".	• Conflicto materno: "Me enoje mucho y le tire con lo que tenía en la mano". "Cuando discutí con mi mamá sentí unas ganas terribles de cortarme". • Enojo / ataque de ira: "Me saque no mido lo que hago cuando me enoja". "Tenía tanta bronca que fui al baño del colegio y como no tenía nada, con mis uñas me rasque tanto el brazo que me lastimé".	"Me corto por que no encuentro motivos para vivir" "El mundo se me viene encima antes de hacerlo". "lo hago cuando siento que no puedo más con mi vida". "Se me pone la mente en blanco, no puedo pensar en nada, quiero escaparme y cortarme". • Abuso Sexual: "La 1° vez fue cuando paso todo lo del abuso, ahí empecé a cortarme, de bronca porque mi mamá no me creyó".	• Conflicto familiar: "Mi mamá me dice que soy una loca de mierda". "Siempre fue muy exigente, no me daba vida". "Cuando mis viejos peleaban yo prefería no escuchar y en esos casos tengo la necesidad de cortarme". • Modo de castigo por comer: "Pienso todo el tiempo en relación a la comida, es muy cansador". "Terminaba de vomitar y me cortaba". • Sentimientos hostiles por su hija: "Deje de vomitar por el embarazo pero me vivía cortando" "yo la amo, es como un amor odio". "A veces llora, llora y no entiendo que quiere, eso me desespera y como tengo miedo de hacerle daño, prefiero lastimarme yo".

					<i>"No es que no quiera a mi hija, pero si ella no está yo puedo descargar".</i> • Conflicto con su novio: <i>"Las peleas con mi novio son fuertes, llegamos hasta las manos" "Él se pone loco y empieza a ser un poco agresivo conmigo" "cuando terminan las peleas con mi novio, me dan ganas de cortarme".</i>
MOTIVO Durante el corte	<i>"Cuando me corto no pienso"</i>	<i>"Fue con un cutter del colegio, no me dolió porque fue pequeño". "La segunda vez si me dolió, estaba sola".</i>	<i>"Siento como que el pecho me va explotar".</i>	<i>"Se me bajo la presión".</i>	No se menciona.
MOTIVO Después del corte	<i>"Después de hacerlo me da culpa"</i> Febrero: vuelve con un piercing, no hay registro de nuevos cortes.	<i>"Me llevaron al hospital para que me curen porque me salía sangre, le tuve que mostrar a mi mamá".</i> <i>"Fiorella estaba asustada, solo lloraba". (madre)</i> <i>"como me va pasar eso a mí, pienso y me vienen ganas de lastimarme de nuevo".</i>	<i>"Me tranquilice cuando llego mi papá".</i>	<i>"Lo hago para tranquilizarme" "lo único que me alivia cuando estoy triste"</i>	<i>"Después que hago eso me quedo tranquila"</i> <i>"Después puedo seguir con mi vida".</i>
Función	Anestésico del dolor psíquico	Descarga	Descarga, Representación de corte a nivel de la fantasía	Anestésico del dolor psíquico, castigo	Descarga, castigo, anestésico.
Tipo	Compulsivo	Impulsiva	Impulsiva	Compulsiva	Compulsiva

Fuente: producción propia

CONCLUSIONES Y APORTES

A través del presente trabajo de investigación **“Conductas Autolesivas en Adolescentes”**, se analizaron, identificaron y describieron los motivos y los modos en que se manifestaron las conductas autolesivas en los jóvenes de 13 a 18 años, que recibieron tratamiento psicoterapéutico en el “Centro Terapéutico Cpaij”.

En las patologías del acto, incluyendo entre ellas: las autolesiones, bulimia, anorexia, adicción e intentos de suicidio, la impulsión o la tendencia a pasar al acto es el recurso utilizado en forma prioritaria, en casos donde si bien habita el lenguaje, el sujeto no puede apelar al mismo.

El cambio de paradigma al que se enfrentan tanto adultos como adolescentes, trae consigo una falta de recurso para tramitar la angustia, que los deja en estados de vulnerabilidad absoluta, teniendo como principal escenario de acción el propio cuerpo.

Es por ello que se pudo observar, a través del análisis de los casos seleccionados, que la autolesión aparece como practica para reducir la tensión psicológica durante el abanico de cambios físicos y psíquicos al que se ven expuestos los jóvenes estudiados durante la etapa adolescente.

En la elaboración del presente trabajo, se identificaron los motivos de consulta por los cuales los adolescentes demandaron atención psicológica y/o psiquiátrica. Se observó que el motivo manifestó de consulta en la mayoría de los casos está en íntima relación con las conductas autolesivas que presentan.

El desencadenante de las conductas autolesivas en los jóvenes seleccionados tiene que ver con situaciones traumáticas de la infancia que no pudieron elaborar simbólicamente, ya sea abusos sexuales, conflictos maternos y/o vinculares, como así también la tramitación de los cambios y duelos de la adolescencia.

Se logró identificar en el discurso de las pacientes los tres tiempos lógicos en que se presentaba la autolesión: antes, durante y después. Generalmente, estos tiempos están descriptos de forma clara en el relato de cada uno de los sujetos.

Es coincidente el bloqueo en el pensamiento que se produce previo a la autolesión propiamente dicha, es decir, frente a las ganas de provocarse lesiones autoagresivas “**no piensan**”, solo pueden captar la necesidad de hacerlo, pero es tal la compulsión, que no pueden actuar de otra manera sino es de forma sistemática y repetitiva.

Las autolesiones descritas en los casos seleccionados son en su mayoría cortes en la piel y solo en un caso se presentan escoriaciones sangrantes. Los cortes son heridas horizontales y verticales, la profundidad varía según el paciente y el motivo desencadenante. Se pudo observar en la reconstrucción de casos, que cuanto mayor es la angustia que genera el motivo desencadenante, mayor profundidad tiene la herida autoprovocada.

Osorio, en su libro “cortarse”, clasifica los tipos de lesiones autoinfligida en tres categorías:

Superficial: En general, no se realiza con ningún elemento cortante sino con las uñas, ya sea por un rascado intenso o por frotación, y su frecuencia es muy esporádica. Este tipo de autolesión se pudo observar en el caso de Martina.

Agresiva: Reviste una gravedad moderada. Suelen utilizarse elementos de relativa capacidad de corte, como puede ser un alfiler, una aguja o lápices con la punta afilada. Este tipo se observó en los casos de Florencia y Fiorella. La autolesión aparece de manera esporádica y de forma experimental.

Profunda: Se trata de lesiones graves con un compromiso muy significativo. Se utilizan elementos contundentes como cúteres, cuchillas o tijeras. Esta práctica va acompañada de estados de ira, ansiedad extrema, depresión y sentimientos de desosiego. Esta clase de autolesiones habitualmente están vinculadas a personalidades melancólicas que pueden dar lugar a una conducta suicida con posterioridad. Este tipo de autolesión se ve reflejada en las conductas de Natalia y Jazmín, donde hay un amplio registro de intentos de suicidio.

Cada episodio autolesivo de las pacientes estudiadas, presenta una finalidad acorde al motivo desencadenante, el fin de la conducta autolesiva es modificar el contexto hostil al que se enfrentan. La función que adquiere la autolesión, en su mayoría, tiene que ver con la descarga de algo intolerable para la conciencia, ante situaciones que lo desbordan emocionalmente, funcionando como anestésico del dolor psíquico y

buscando reestablecer el control emocional a través de las heridas. Lo que sobreviene con posterioridad es la tranquilidad o calma y en ocasiones la culpa.

Con respecto a la caracterización de las conductas autolesivas en el cuerpo, se observó en los casos analizados que el cuerpo toma un lugar protagónico en cuanto que es el escenario de acción en el que se manifiestan tales conductas. En el análisis de los casos, no se encontró en las pacientes, un registro real de las sensaciones corporales, sobre todo del dolor físico.

Las adolescentes manifiestan no sentir dolor ante la herida que se autoprovocan, es decir, el dolor psíquico es mayor que el físico, por lo tanto se reprime el dolor corporal. Aquí aparece una contradicción, ya que si bien el fin de la autolesión es suplantar un dolor por otro, esto no se logra.

De acuerdo a lo analizado, el dolor psíquico cesa cuando experimentan el corte, pero no se reemplaza un dolor por otro, sino que, ellas logran la calma, en el brote sangrante de la herida, sin experimentar dolor. La descarga se logra cuando observan el corte, es ahí cuando la tranquilidad se apodera de su psiquismo.

Las transformaciones corporales propias de la adolescencia evidencian el atravesamiento del duelo por la pérdida del cuerpo infantil, utilizando la desmentida como el principal mecanismo de defensa, tratando de esconder los cambios corporales a través de su aspecto estético, ya sea, utilizando vestimenta grande o prendas que no definan un único género, como se pudo observar en los casos de Florencia y Jazmín.

La marca del corte, les otorga a las pacientes a su vez un sentido de pertenencia, una marca en su subjetividad, que corta con los lazos de la infancia, lo cual implica la demostración de cierta autonomía y autocontrol de su propio cuerpo, frente al abanico de cambios al que están expuestos, cortar con la marca de origen es lo que se pone en juego sobre todo en el caso de Fiorella.

El vínculo familiar tomó un papel protagónico a lo largo de la elaboración del trabajo de investigación. Debido a que en la práctica clínica, se evidenció un notable déficit en las redes de contención familiar. Nos encontramos con historias familiares que bastante se apartan de un ambiente que pueda operar como facilitador para los jóvenes.

Se pudo identificar en la mayoría de los casos estudiados que la relación vincular familiar esta signada por múltiples formas de violencia, que se expresan en violencia física, verbal y psicológica, con episodios de abuso sexual intrafamiliar en tres de los cinco casos seleccionados.

El abuso sexual intrafamiliar, está considerado uno de los delitos más traumáticos para las víctimas, se produce la ruptura de vínculos hasta ese momento de afecto y la destrucción de la percepción de lo *familiar* como sitio de resguardo. El abuso sexual en los casos de Jazmín y Natalia aconteció por parte de un tío, mientras que en el caso de Martina, denuncia conductas abusivas por parte de su hermano mayor.

Ricardo Rodulfo, cita el texto de Susana Toporosi “*en carne viva*”, quien realiza una teorización sumamente interesante para distinguir tres cuestiones que pueden ser confundidas:

- **Abuso sexual:** “intromisión de la genitalidad de un adulto en el cuerpo y en el psiquismo del niño/a, quien no se encuentra aún en condiciones de entender...”

Este tipo de abuso sexual descripto, se ha observado en los casos de Jazmín y Natalia, quienes vivenciaron en su infancia episodios de abuso altamente traumáticos por parte de un integrante de su familia (tío). Ambas pacientes temían no ser creídas, se avergonzaban y en ocasiones se auto inculpaban por lo sucedido.

- **Conductas sexuales abusivas:** “nos encontramos frente a un adolescente o niño/a que obliga a otro/a y lo somete a realizar algo que no desea o que siente que no puede elegir, siendo que allí se instala una situación donde se despliegan situaciones de sometedor - sometido, estando en juego cierto ejercicio del poder de uno sobre el otro...”

Es aquí donde ubicamos la confesión de Martina y lo sucedido con su hermano, al no haber mayores datos sobre el abuso podemos suponer que rondan en este tipo de conductas sexuales a las cuales Martina quedo sometida. Cabe aclarar que, desde lo legal, las conductas abusivas por parte de los adolescentes no son consideradas desde la ley penal, ya que la edad de imputabilidad es a partir de los 18 años.

Solo en algunas provincias y jurisdicciones existe un fuero penal juvenil en el que, entre los 14 y 18 se consideran abusivas aquellas relaciones sexuales en donde existen 5 o más años de diferencia entre el perpetrador y su víctima.

Cuando cualquier organismo que trabaja con niños, niñas y adolescentes recibe una denuncia o conoce que ha existido una conducta sexual abusiva por parte de un adolescente como en el caso específico de Martina, se toman las medidas necesarias para proteger a la víctima y al mismo tiempo orientan a la familia del adolescente para que éste acceda al tratamiento pertinente. (Rodulfo, R; Rodulfo, M. 2018).

- **Juegos sexuales:** vemos la existencia de un acuerdo entre ambos participantes, ya sea implícito o explícito, localizándose además los participantes orientados por la búsqueda de descubrir y experimentar sensaciones corporales placenteras. (Toporosi, S. 2018)

Con respecto a lo familiar, también se observó un conflicto materno importante y un debilitamiento de la figura paterna. La función materna se presenta avasallante, desafectivizada, sin responder a la demanda de amor y sin dar lugar para ejercer la ley paterna, lo cual profundiza tales actuaciones. Como se contempló durante las entrevistas, es habitual que la familia no logre entender las emociones que surgen en las jóvenes.

Mediante el análisis del discurso de las pacientes, se identificó que las vicisitudes familiares conflictivas contribuyen al surgimiento de sentimientos profundos de desvalorización, que buscan ser compensados apelando a conductas riesgosas, lo cual llevo a estas jóvenes a enfrentarlas en ocasiones con la muerte, dando lugar a la presencia de la pulsión de muerte como principal protagonista de las conductas auto / heterogresivas.

A partir de esto, se considera necesario focalizar en el trabajo familiar, fortaleciendo los vínculos parentales, para que las jóvenes sientan una mayor contención y acompañamiento, sobre todo en lo que respecta a la función materna y así puedan resolver sus estados emocionales de una manera más sana y no tan destructiva.

En esta investigación se ha observado que los intentos de suicidio están relacionados con las conductas autolesivas, debido a que en el historial de las pacientes estudiadas, la mayoría presenta intentos de suicidios previos a la consulta, ya sea a través de los

mismos cortes, por fármacos o ahorcamiento, como así también constantes ideas suicidas.

Si bien el fin en sí mismo no es la muerte, hay autolesiones suicidas que bordean el pasaje al acto, por lo tanto debería prestársele mayor atención, ya que en ocasiones el intento puede fallar y el sujeto podría terminar con su vida.

Es necesario lograr que los jóvenes se coloquen como protagonistas de su historia, permitiendo la posibilidad de “otra escena”, distinta a la que le brinda el corte en su vertiente solitaria y de fascinación compulsiva.

Buscar transformar lo impensado del acto en lo pensable de la mente es una tarea necesaria para este tipo de casos. Que la descarga sea un acto diferido, que puedan sortear frustraciones y cambios corporales con herramientas más sanas, acentuando el trabajo de poner en palabra lo que sienten, sobre todo teniendo en cuenta que nos enfrentamos con sujetos que se encuentran atravesando momentos de remarcación narcisista que dejará como saldo una nueva identidad.

La importancia del ambiente juega un papel fundante, el desarrollo lazos humanos que posibiliten inscripciones subjetivas y que sostengan el atravesamiento de las crisis en un ámbito de amparo, ámbito que se amplía sobre todo en la adolescencia, a lo escolar, institucional y grupo de pertenencia.

Considero además, que es importante tener en cuenta para futuras investigación, la vinculación materna en relación a las autolesiones, ya que en la mayoría de los casos el conflicto materno aparece como punto crucial para el desencadenamiento de las conductas autolesivas.

Presentación de la Institución

CENTRO DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA INFANTO JUVENIL – CPAIJ

El centro terapéutico “Cpaij” es una institución privada integrada por profesionales de la salud, que tiene como objetivo la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción del paciente aquejado por un problema de Salud Mental.

Propone un proyecto terapéutico adaptado a cada sujeto, que se va ajustando entre paciente y equipo a lo largo del tratamiento. Al mismo tiempo se propicia la inclusión activa y permanente de las familias.

Se trabaja a través de un abordaje integral e interdisciplinario de la niñez, adolescencia y adultez a través de las siguientes áreas: Psiquiatría, Psicología, Nutrición, Psicopedagogía, Orientación Vocacional y Apoyo Escolar, Taller de Padres, Grupos Terapéuticos, Terapia Ocupacional, Educación Física y Recreación.

El centro terapéutico “Cpaij” fue creado el 04 de mayo del 2008 y está conformado por una Dirección y Equipo Interdisciplinario: Médico Psiquiatra, Lic. En Psicología, Lic. En Trabajo Social, Lic. Terapia Ocupacional, Acompañante Terapéutico, Lic. En Psicopedagogía, Profesor de Educación Física, Lic. En Nutrición. Además el instituto cuenta con el siguiente personal: Asesoría legal (consultor externo), Asesoría Contable (consultor externo), Asesora Organizacional.

El tratamiento que brinda es de Modalidad Ambulatoria y Centro de Día, realizando un abordaje integral a niños, niñas y adolescentes, encarnando los tratamientos desde una óptica humanizada e integradora de la familia, buscando privilegiar la contención afectiva y la estabilización del paciente, el acompañamiento a la familia y la construcción de un aprendizaje, además de la reinserción social y académica de cada sujeto.

Es dirigido a personas de 2 años en adelante, de ambos sexos, con atención particular y a través de convenio con distintas prestaciones sociales. El tipo de consulta puede

ser espontanea, derivaciones de otras instituciones o por orden judicial de los distintos juzgados provinciales.

Las fases de tratamiento son: Orientación: consulta informativa; Admisión: Diagnostico e Indicación del tratamiento (diseño de plan terapéutico), Asistencia y Participación de las Actividades Terapéuticas. Según cada caso lo requiera se planifican entrevistas de devolución a los padres, como así también, informes para los colegios o diferentes instituciones (juzgado de menores, médicos personal, Dirección de Niñez y Adolescencia, etc.).

Con respecto a la fase de admisión, la entrevista es realizada por la Medica Psiquiatra, quien se encarga de llenar la historia clínica del paciente y diseñar el plan terapéutico; para luego designar el equipo de profesionales que abordará dicho caso interdisciplinariamente. La supervisión de los casos son seleccionados por cada equipo según lo crean conveniente, y supervisado en la reunión de equipo general. Se presenta el caso y es abordado por todo el equipo presente. Estas reuniones se llevan a cabo cada 15 días, tienen una duración de 2hs aproximadamente y debe estar presente todo el equipo interdisciplinario.

Actualmente el centro terapéutico “Cpaij,” consta de 21 personas, entre profesionales, administrativos y asesores. Funcionando en horarios de mañana y tarde, los abordajes son: Prevención, tratamiento ambulatorio, Centro de Día, Reinserción Social y Actividades Comunitarias y Recreativas. Se atienden todas las problemáticas que tengan que ver con la Salud Mental y en caso de internación se deriva a los pacientes a las instituciones correspondientes públicas y privadas.

Asisten aproximadamente 130 pacientes entre niño, niñas, adolescentes y adultos, con patologías variadas. Las sesiones de psicología tienen un tiempo de duración de 30”, al igual que los talleres de psicopedagogía, y terapia ocupacional; los grupos de adolescentes tienen una duración de 2hs (se agrupan de acuerdo a la edad), al igual que el taller de padres.

Modelo de entrevista a profesionales Psicólogos, T.O, A.T y Psicopedagogo.

- ¿Cómo es su trabajo en la institución?
- ¿Qué orientación tiene?
- Con respecto a las autolesiones ¿Es una práctica común en los adolescentes que llegan a la institución?
- ¿Qué tipo de autolesiones presentan?
- ¿Cuál podría para usted, ser el motivo por el cual se autolesionan?
- ¿Cómo es el procedimiento de atención ante casos como estos?
- ¿Usted, cree que las conductas autolesivas pueden estar en relación con el intento de suicidio? ¿Por qué?

Modelo de entrevista a personal Administrativo.

- ¿Cuál es su trabajo en la institución?
- ¿Con que obras sociales trabajan?
- ¿Cuántas sesiones son permitidas desde las obras sociales?
- ¿Cómo se manejan con los pacientes privados?
- ¿Cuántos minutos dura cada sesión?
- ¿Qué tipo de consultas aceptan y cuáles no?
- ¿Con que criterios se los agrupa?
- ¿Cómo es el contrato con menores y con mayores a la hora de empezar un tratamiento psicoterapéutico dentro de la institución?
- ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente se les pide informe a los profesionales de la institución?

Entrevista Terapeuta Ocupacional

➤ ¿Cómo es su trabajo en la institución?

Trabajo en grupos, dependiendo de la edad. La propuesta de actividades está ligada a las necesidades de cada uno.

Se tocan temas para debatir acerca de adicciones, sexualidad, orientación académica, manejo de dinero, organización de fin de semana, etc.

➤ ¿Cómo se agrupan?

Las edades varían entre los 7 y 23 años. Los que tienen diagnóstico psiquiátrico se agrupan entre 3 o 4 pacientes, los demás en edades similares.

Por ejemplo con los pacientes que vienen por adicciones derivados o judicializados se trabaja sobre el plan semanal y fin de semana exploración de intereses, desarrollo de actividades académicas, prevención de recaídas, programación de actividades con la familia.

➤ ¿Trabaja con la familia?

Si. Las entrevistas familiares tienen que ver con la evaluación de riesgo, se llevan a cabo en primera instancia cada 15 días luego esporádicamente.

➤ Con respecto a las autolesiones ¿Es una práctica común en los adolescentes que llegan a la institución?

Actualmente hay pocos casos, creo que uno nomas, pero si han llegado varias consultas con esta problemática desde que yo estoy en la institución.

➤ ¿Cómo se trabaja en estos casos desde su espacio terapéutico?

Se trabaja con la significación, se presentaban abúlicas, desinteresadas. Entonces se planteaba empezar con actividades físicas, reorganización dentro del hogar, tratar de que se involucren con actividades sociales por lo general dentro del colegio y sobre todo exploración de intereses.

➤ ¿Cuál podría ser para usted, el motivo por el que se autolesionan?

El motivo va variando según el caso por caso, la constitución familiar o mejor dicho los antecedentes familiares que trae, eso depende. Lo que si te puedo decir es que hay una caracteriza muy evidente y es que por lo general cuando dejan de hacerlo buscan actividades que les genere adrenalina. Están al borde del peligro casi siempre. Me ha tocado que varias veces vengan cortadas a que las cure.

➤ **¿Cómo es el procedimiento de atención ante casos como estos?**

Se realiza profilaxis y sin tocar el tema, si ella lo solicita se organiza una sesión de psicología.

➤ **¿Qué tipo de autolesiones presentaban?**

Cortes en muñecas, piernas, torso, esas son las más visibles. Hay casos en los que manifiestan que sin querer se estaban pasando la maquinita y se lastimo toda la pierna. Es una forma de disfrazar la autolesión.

Hay otros casos, por ejemplo en los chicos con adicciones tienen que ver más con una manifestación secundaria, para bajar.

➤ **¿Usted cree que las conductas autolesivas pueden estar en relación con el intento de suicidio?**

Hay que focalizarse siempre en el caso por caso, muchas veces lo hacen como llamado de atención, otras como descarga, eso va variando. Creo es importante escuchar al adolescente, darle el lugar que buscan y trabajar despacio.

➤ **Teniendo en cuenta que usted coordina el grupo de adolescente ¿Hace cuánto funciona?**

Casi un año aproximadamente. Al principio estaba sola, ahora me acompaña Belén, que es acompañante terapéutico.

➤ **¿Cuál es el objetivo del grupo?**

El objetivo en sí es preventivo. Por ejemplo en septiembre se hizo talleres de prevención de adicciones, se trabajó el mes de la familia donde se realizaron donaciones, se basa en eso mayormente.

Además de trabajar con lo que traen los adolescentes semanalmente, por ahí temas de la escuela, comidas, inquietudes del mundo de los adultos. Se busca que sea un espacio de dialogo y escucha, que circule la palabra.

➤ **¿Cuántos adolescentes integran el grupo?**

Entre 8 y 10 jóvenes, hay más mujeres que varones, pero va variando, no todas las semanas vienen todos. Pero maso menos es esa cantidad. Son terribles (ríe).

➤ **¿Con que criterios los agrupan?**

Eso lo hacen los chicos de administración dependiendo del plan terapéutico de cada paciente, se fijan en las historias clínicas y son ellos quienes les dicen a qué actividades deben asistir y que días. Nosotras los recibimos.

Entrevista Administrativa

❖ ¿Cuál es su trabajo en la institución?

Mi trabajo aquí en Cpaij es organizar todo lo que tiene que ver con turnos, entrevistas, informes para las obras sociales, las instituciones que lo requieran.

Soy la persona con la que los pacientes o tutores tienen el primer contacto, por lo general me piden una entrevista yo me fijo en el horario de Jezi, como sabes, ella es la psiquiatra y quien toma la primera entrevista, organizo con el paciente o en caso de menores con los tutores y les digo fecha y horario en que deben asistir ambos.

Además de que cuando vienen los recibo, les digo que esperen a la sala. Por qué las profesionales son quienes por lo general salen a buscarlos. Cuando cada profesional ingresa, yo les imprimo su listado de pacientes con nombre y hora y se los entrego. Si hay algún cambio, por ejemplo, por ahí llaman para avisar que no asisten o cosas así, bueno eso también soy yo quien lo informo.

Llevo control de los informes tanto de las prestaciones sociales como de los informes de alta voluntaria, contratos de tratamiento, etc.

❖ ¿Con que prestaciones sociales trabajan?

Trabajamos con casi todas, algunas que recuerdo son: Apos, OSUNLaR, SanCor Salud, Osprera, Osde, seguro me estoy olvidando de alguna pero con la mayoría tenemos convenios.

❖ ¿Cuántas sesiones son permitidas desde las obras sociales?

Eso es relativo, la mayoría permite hasta 4 sesiones mensuales, hay otras que solo 3 y otras que te cubre solo dos por mes. Por eso de acuerdo a lo permitido vamos acomodando las actividades complementarias, lo que entra si o si son las sesiones de psicología, lo demás lo vamos acomodando de acuerdo a lo permitido y a las posibilidades del paciente.

❖ ¿Con los pacientes privados como se manejan?

En ese caso es más fácil, el paciente solicita el turno y si es particular se acomoda de acuerdo al pedido de Jezi y a las posibilidades de él. Eso por lo general ya lo arreglan en la entrevista, se decide que actividades va hacer, luego se hace un presupuesto mensual. Con los privados es más fácil porque el contacto es directo a diferencia de la obra social que es un ida y vuelta de papeles.

❖ **¿Cuántos minutos dura cada sesión?**

Las sesiones duran 30' cada una, salvo los grupos, que tienen destinado 2hs aproximadamente.

❖ **¿Qué tipo de consultas aceptan y cuáles no?**

Aceptamos todas las consultas que tengan que ver con la salud mental. Lo que no hacemos es internación y rehabilitación.

Pero de ahí, todas las consultas tanto de niños, adolescentes y adultos que tengan que ver con la salud mental atendemos, por lo general quien decide eso es la psiquiatra, si ve que no hay profesionales que puedan responder a la demanda del paciente lo deriva a otras instituciones de lo contrario se cubre desde aquí.

❖ **¿Con que criterios se los agrupa?**

En la entrevista que hace la psiquiatra agrega las actividades complementarias que tiene que hacer cada paciente, yo me fijo ahí si por ejemplo hace grupo de adolescente y le informo a los tutores que días y en que horarios tienen que venir.

Si hay algún cambio en grupo por pedido de las terapistas o de la acompañante terapéutica me lo informan a mí.

Se agrupa por similitud de edades, por ejemplo, las terapistas ocupacionales tienen grupos de niños de entre 4 y 6, otro de 6 a 10 y así vamos ubicándolos.

❖ **¿Cómo es el contrato con menores y con mayores a la hora de empezar un tratamiento psicoterapéutico dentro de la institución?**

Nosotros como institución tenemos un contrato terapéutico que es firmado por el paciente o tutores en caso de comenzar el tratamiento. Si de lo contrario algún paciente plantea dejar el tratamiento, se hace firmar un alta voluntaria donde el paciente o los tutores se hacen responsable de ello. Eso siempre se guarda por las dudas.

❖ **¿Cada cuánto tiempo aproximadamente se les pide informe a los profesionales de la institución?**

Una vez al mes ellos elevan un pequeño informe de lo que se trabajó con cada paciente en cada espacio, eso se agrupa y se adjunta a la historia clínica.

Después desde las obras sociales también piden informes cuando hay que extender el plazo de sesiones o cosas así y se solicita al equipo de interdisciplinario de cada

paciente para que eleve el informe a quien corresponda, ya sea, obra social, colegios, médicos de cabecera, etc.

Registro de observación: actividades participativas - reunión de equipo.

ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS

Durante el periodo de prácticas tuve la posibilidad de presenciar las siguientes actividades de la institución:

- **Taller de cocina para Padres:** El taller de cocina fue dirigido por la Acompañante Terapéutica y tuvo como objetivo principal la resolución de problemas y el trabajo en equipo como forma integrativa. La actividad propuesta consistió en juntar una serie de ingredientes (harina, manteca, aceite, leche, huevo, granas), se colocaron todos estos ingredientes en la mesa y se les pidió a los padres con sus hijos que elaboren una comida con tales ingredientes.

A partir de un debate en conjunto y teniendo en cuenta el destino de esa elaboración, decidieron hacer galletas.

El trabajo en equipo fue muy bueno en cuanto a la organización de las tareas para la realización del objetivo final propuesto.

- **Visita a un comedor para niños y adolescente:** Se planificó con el personal de la institución diferentes juegos para los niños que asisten al comedor. La idea de esta actividad es que la institución salga a la comunidad haciendo participe de ello a los pacientes y profesionales. En esta oportunidad asistió todo el equipo de profesionales: psiquiatra, psicólogas, T.O, acompañante terapéutico y psicóloga organizacional; acompañaron algunos pacientes adolescentes que asiste al grupo.

El objetivo principal es generar una participación activa por parte del personal y los pacientes donde estos puedan ver las diferentes realidades que nos atraviesan como comunidad y así despertar sentimientos de empatía, solidaridad y compromiso social.

- **Taller para Padres:** Los talleres para padres se realizan dos veces al mes, tienen una duración de 2hs y es abierto a todos los padres y/o tutor de los

pacientes que asisten al centro; está dirigido por: Acompañante terapéutico y Trabajadora Social.

La convocatoria se realiza a través de la publicación de las fechas en la sala de espera, además un día antes se le envía un mensaje por whatsapp como forma de recordatorio para los posibles recurrentes.

El objetivo de este taller es brindar información preventiva a los padres de aquellos pacientes que están en tratamiento, tratando temas que ellos mismo proponen trabajar a lo largo del año. Se busca generar un espacio de contención, donde ellos puedan plantear sus dudas, miedos, enojos, inquietudes y experiencias; en un debate abierto donde la palabra y la escucha son protagonistas.

Se debaten “temáticas sociales” buscando crear herramientas para resolverlas desde lo familiar. Podemos mencionar algunas cuestiones que se trabajaron a lo largo del año: función materna y paterna, límites, comunicación, escuela, función de la familia en la sociedad actual, tecnología, etc.

- **Grupo de Adolescentes:** Es un grupo terapéutico preventivo, que funciona todos los jueves de 20 a 22hs , en el cual asiste entre 6 y 8 adolescentes con edades de entre 15 y 18 años; está dirigido por la Acompañante Terapéutico y por la Terapeuta Ocupacional.

Los criterios de agrupabilidad varían según el caso, la Medica Psiquiatra es quien decide sobre la asistencia de cada paciente al grupo.

Se trabaja sobre temáticas que surgen en cada encuentro y que son planteadas por los mismos jóvenes; como así también se brindaron talleres de prevención de adicciones, mes de la familia, deportes, etc.

A los jóvenes les gusta asistir a este espacio, ya que se generan relaciones de amistad entre ellos, en los encuentros surgen talleres de cocina, calendarios de cumpleaños, se ayudan entre ellos con las tareas escolares. Es un espacio de contención y acompañamiento.

Lo observado en la participación de estos encuentros es que la dinámica grupal es activa, se presentan coincidencias propias teniendo en cuenta el periodo de que transitan, se logra una escucha y respeto mutuo.

- **Taller de Psicopedagogía y Apoyo Escolar:** Esta planificado por la Lic. en Psicopedagogía, donde llevan a cabo diferentes actividades dependiendo de cada caso y de las edades de los pacientes.

En el caso de los niños el trabajo es a través de lo lúdico, en principio haciendo una evaluación de las competencias adquiridas y refuerzo de lo escolar. Luego se va trabajando de manera específica en el caso por caso.

Con respecto a los adultos por lo general se trabaja sobre proyecto de vida, organización de las tareas cotidianas, orientación vocacional. Además de refuerzo, se trabaja en conjunto con la escuela, elevando informes o haciendo visitas de la profesional a la institución escolar para indagar sobre la situación escolar del mismo, según cada caso lo requiera.

- **Taller de Terapia Ocupacional:** Se organiza en grupos dependiendo de la edad. Existen dos grupos de terapia ocupacional, cada área está a cargo de una profesional.

Las propuestas de actividades están ligadas a las necesidades de cada uno. Con los grupos donde hay adolescentes se tocan temas como el manejo de dinero, organización de fin de semana, hábitos de limpieza, plan semanal, exploración de intereses, prevención de recaídas, evaluación de riesgo, grupo de pares, etc.

- **Espacio de Acompañante Terapéutico:** Este espacio tiene como objetivo acompañar el proceso terapéutico dentro de las áreas de psicología hasta la cotidianidad.

Se trabaja con pacientes con diversas problemáticas que por lo general rondan en lo conductual.

Las actividades llevadas a cabo en el espacio tienen que ver con lo lúdico, organización de los materiales para revestimiento de la sala de espera o fiestas que tiene la institución.

- **Espacio de Educación Física:** Es dirigido por el profesor de educación física que tiene a cargo dos grupos: el de niños y el de adolescentes.

El objetivo de este espacio es promover las actividades corporales y manejo del cuerpo, además de actividades recreativas donde puedan ponerse en contacto con la naturaleza.

REUNIÓN DE EQUIPO

Duración: 2hs

Integrantes: 7 psicólogas, 1 acompañante terapéutico, 2 terapistas ocupacionales, 1 trabajadora social, 1 psiquiatría.

La reunión de equipo tiene como objetivo principal la presentación de los casos que requieren de supervisión. La selección de los mismos es realizada por cada equipo profesional en la medida en que lo consideren conveniente.

Se escribe en un pizarrón que está ubicado en la sala de profesionales, el apellido y nombre del paciente, para luego ser analizado por todos los profesionales que integran el equipo interdisciplinario.

El día de la reunión cada equipo profesional plantea las inquietudes sobre los casos y se resuelven interdisciplinariamente.

En el periodo de prácticas presencie una sola reunión de equipo, en la que estuvieron presentes todo el equipo profesional y se trabajaron los siguientes temas:

- ❖ Se hizo la presentación formal de la trabajadora social quien se incorporaba al equipo y era la primera vez que participaba de las reuniones.
Ella habló de la visita que realizó a los hogares de cada paciente, para ver su situación familiar, vincular y económica. Los hogares seleccionados fueron para la visita fueron los de aquellos pacientes que estaban escritos en el pizarrón.
Lo que se busca con este espacio es indagar sobre el contexto familiar en el que se desenvuelve el paciente y mejorar sus calidad de vida, brindando desde la institución los recursos necesarios para hacer esto posible, ya sea desde los dispositivos de Cpaij o haciendo nexos con otras instituciones (Desarrollo Social, Vivienda, Secretaria de la Mujer, etc.). Siempre teniendo en cuenta el caso por caso.
- ❖ Se fueron trabajando uno por uno los casos presentados en el pizarrón:
 - **Alta:** se acordó interdisciplinariamente el alta de paciente adolescente; se seleccionó el equipo que iba estar presente en la entrevista de cierre, además se organizó el día y la fecha como así también la devolución.

- **Judicializar**: se presentó el caso de un paciente con problemas de adicciones y se resolvió judicializarlo debido a que no estaba cumpliendo con el plan terapéutico que había propuesto la institución para su recuperación. Se trata de un paciente adolescente que no estaba asistiendo a los distintos dispositivos que ofrece Cpaij y que además la terapeuta ocupacional manifestó que había venido bajo el efecto de alguna sustancia a los grupos que tenía con ella. Se acordó solicitar una entrevista con los padres para dar aviso de las próximas intervenciones, una de ellas sería derivar el caso a la Secretaria de Prevención en Adicciones.
 - **Psicopedagogía**: la psicopedagoga del equipo plateo la posibilidad de darle el alta a un paciente de su área debido a que había logrado lo esperado, por lo tanto creía que era conveniente que el paciente comience a estudiar solo. Se trata de un paciente de 11 años con problemas conductuales, pero que había mejorado notablemente en cuanto al rendimiento escolar. Se dejó en acta que de ser requerido apoyo psicopedagógico a posteriori se volverá a evaluar.
- ❖ Se presentó a una nueva integrante del equipo, su rol será trabajar en la planificación y ejecución de proyectos institucionales, con el objetivo de una mayor inserción del centro terapéutico al campo y así trabajar en conjunto con la fundación que precede a esta institución, buscando financiamiento provincial y nacional; con el fin de poder llevar a cabo proyectos de prevención y asistencia a la comunidad. Se busca brindar nuevas propuestas, siempre enfocados en el marco de la salud mental.
- ❖ Se trabajó por ultimo sobre la fiesta de cierre de fin de año, proyecto organizado por la psicóloga organizacional del Centro. Quien propuso como actividad para las profesionales, la realización de un pequeño reconocimiento para los pacientes con una palabra que los identifique, en este caso cada profesional tendrá a cargo una cierta cantidad de medallas que de acuerdo al paciente le pondrán la palabra que los identifique, la misma se hará entrega el día de la fiesta.

Lo expuesto arriba es cada uno de los puntos que se trabajaron en la única reunión de equipo que se realizó durante el periodo de prácticas transcurrido en la institución. Cabe destacar que dicha reunión fue el 14/11/2017 por lo que las actividades del centro terapéutico ya estaban culminando debido a las vacaciones. Es por ello que se trabajó sobre algunas altas, además de las nuevas incorporaciones en el equipo y la organización de la fiesta de cierre.

Luego de la fiesta de fin de año, la institución se tomó una semana de vacaciones y posterior a este receso comenzaron con guardias pasivas hasta febrero del corriente año en donde comenzaron las actividades de manera normal.

En lo que respecta al trabajo interdisciplinario propiamente dicho, se puede observar un buen acompañamiento por parte de los profesionales del equipo en cuanto a la información y las estrategias terapéuticas que se manejan, lo que implica aceptación, consenso y equidad en cuanto a las decisiones que se establecen de acuerdo a las necesidades del caso por caso.

El equipo interdisciplinario funciona como grupo, teniendo en cuenta lo subjetivo y lo intersubjetivo. Surgen espacios de discusión, actividades programadas en conjunto, además de compartir entre ellos materiales de estudio y componentes terapéuticos que le fueron eficientes; de esta manera se tiene como eje la importación de saberes como regla eficaz para un buen funcionamiento y un exitoso tratamiento. También se realizan salidas a la comunidad que genera unidad y empatía entre los profesionales.

En el trabajo con adolescentes es fundamental la inclusión de la familia, esto supone generar líneas de flexibilidad que permitan la participación activa de la misma dentro del plan terapéutico del joven. Es de suma importancia en la demanda del tratamiento con adolescentes, la presencia de un equipo interdisciplinario específico para cada caso, con el fin de aumentar el nivel de contención, prevenir conductas de riesgos y evitar pasajes al acto.

A partir de este pensamiento es que se combinan en el tratamiento, lo individual, familiar, grupal y farmacológico.

Podemos identificar en el trabajo interdisciplinario dentro de centro terapéutico Cpaaj, dos tipos de equipo, en principio aparece el equipo “tratante”, son los profesionales que pertenecen a la institución, quienes se reúnen quincenalmente a debatir y

supervisar los casos más graves. Pero además de este equipo, podemos encontrarnos con otro más amplio, constituido por profesionales pertenecientes a las instituciones, dentro de las cuales el adolescente se mueve. Entre ellos podemos identificar, médicos, maestros, profesores particulares, etc. Es necesario la interacción permanente de ambos equipos durante todo el proceso psicoterapéutico.

Para confirmar la interacción de ambos equipos, se observó durante las prácticas que tanto las psicólogas como las psicopedagogas realizaron visitas a las instituciones escolares de alguno de sus pacientes, como así también el intercambio de informes de las terapistas ocupacionales a los médicos de cabecera en casos de pacientes con discapacidades u otras problemáticas.

La Lic. Hebe Perrone en su ficha sobre “el equipo asistencial interdisciplinario frente al trabajo con adolescentes difíciles y graves” manifiesta lo siguiente:

“La dificultad de los terapeutas (psiquiatras y psicólogos), para salir de su consultorio y conectarse con los ámbitos naturales de inserción del joven (dentro de los cuales habitualmente se manifiesta el conflicto, mucho antes de llegar a la consulta) es histórica”. (Perrone, H. 2006, p.7)

Esto se evidencia sobre todo con los médicos de cabecera, si bien los informes que se emiten son importantes y útiles, sería conveniente el encuentro personal entre profesionales que siempre será más fructífero. En los casos donde se manifiestan pequeñas rivalidades, que se pueden dar entre los profesionales de distintos equipos, es importante tener presente el objetivo central, que consiste en unificar ámbitos terapéuticos y no fragmentarlos.

Todo lo que surge dentro del equipo debe ser analizado, supervisado y comprendido, más allá del conflicto que esto genera, es por ello que la directora y psiquiatra del Centro terapéutico Cpaij, quien en parte dirige las reuniones de equipo va dando lugar a la palabra, a la discusión y al consenso, dejando por escrito en un acta que se eleva en cada reunión, plasmando cada decisión que se tome y si hay algo que queda sin supervisar, se lo ubica en el primer lugar para ser tratado en el próximo encuentro.

Para finalizar me remito a lo expuesto por la Lic. Hebe Perrone; “el trabajo en equipo garantiza un aporte y enriquecimiento permanente para quienes lo constituyen. Supone compartir en el más profundo sentido de la palabra todas las

responsabilidades y consecuencias de la tarea y renunciar a todo tipo de apropiación individual del paciente y de los resultados exitosos”.

Reconstrucción completa de casos seleccionados para el análisis

❖ Caso Florencia

Edad: 13 años

Datos Formales: Florencia asiste a un colegio religioso de carácter privado, en donde cursa 7^{mo} grado. Ingresa a Cpaij en el mes de octubre del 2015, es traída por su mama. A primera vista parece ser más grande a la edad que tiene, físicamente es robusta, alta, pelo largo, es bastante callada, observadora, tímida.

Constitución familiar: los papas de la paciente están separados, ella vive con su mama y su hermano mayor de 16 años. La mama de Florencia es una mama intrusiva, le revisa todo (Facebook, celular, mensajes, diario íntimo, habitación, ropa); es avasallante en su discurso, pulcra, siempre bien arreglada.

El papa de Florencia vive con su pareja y su hija de 2 años fruto de la relación actual. Es un hombre robusto, reservado, físicamente la paciente es muy parecida a su papá.

Plan terapéutico: sesiones de psicología, psicopedagogía, grupo de adolescentes, terapia ocupacional y talleres a cargo de la acompañante terapéutica. Es importante destacar que su asistencia a las actividades terapéuticas complementarias era irregular.

Motivo de consulta: llama la mama a la institución solicitando un turno para consultar por su hija de 13 años, debido a un previo pedido del colegio por bajo rendimiento escolar y poca concentración.

Los papas asisten a “Cpaij” juntos para tener la primera entrevista con la psiquiatra, debido a que ella es menor, la primera entrevista se la toma a los padres o tutores del paciente.

El padre asistió muy poco a las entrevistas, lo hizo como forma de cumplir, “no cree mucho en el tratamiento” expresa. Habla cosas muy superficiales, plantea que no

entiende como le puede ir mal en la escuela a su hija; dice: “como le va ir mal en la escuela si es lo único que tiene que hacer”

A diferencia de la madre quien siempre cumplió con las sesiones, fue regularmente a las entrevistas con la psicóloga y la psiquiatra. En esos encuentros trataba de sacar la mayor información posible sobre la vida de su hija y las relaciones, era algo que la inquietaba mucho, sobre todo el hecho de saber si su hija dejó de ser virgen, con respecto a esto dice:

“la verdad yo quiero saber si ella ya tuvo relaciones o no, porque a mi seguramente no me lo va contar y si es así, yo tengo que saberlo”.

“he visto en sus mensajes que con sus compañeras hablan sobre esos temas, pero parece que ella borra lo que escribe”.

El primer tiempo de tratamiento se traía a la sesión temas como por ejemplo que había hecho en el día, como estaba en la escuela, cuenta que le cuesta mucho estudiar, a medida que pasaban las semanas contaba que planes tenía con sus amigas, cosas cotidianas.

A pesar de esto la psicóloga recuerda que en la primera sesión habla de sus cortes, y manifiesta que lo hizo anteriormente, antes de ingresar al tratamiento.

En un primer momento ella lo asocia a una pelea que tiene con su novio. El motivo fue un desengaño: “me corte porque estaba mal, me había peleado con mi novio y con mi mama, entonces no pensé nada y me corte”.

F: “ella me dijo algo muy feo, no puedo repetirlo, es muy feo”.

En ese momento expresa que lo hizo en el mes de mayo y que había dejado de hacerlo hace un tiempo porque se lo conto a la amiga y le dijo que no estaba bien y que debería buscar ayuda.

F: “por eso estoy aquí también”, expreso.

Su mama en la entrevista inicial plantea que Florencia miente mucho, miente en la escuela, en la casa, a sus amigas pero sobre todo que le mentía mucho a ella.

En una de las primeras sesiones, a la salida, Florencia le cuenta a su mama que la psicóloga había estado con el celular toda la sesión y no la escucho. Por lo que la mama frente a esto, realiza el reclamo en el libro de quejas y lo plantea en administración.

Desde la institución se le informa de lo sucedido a la psicóloga, quien luego solicita una entrevista con los padres, pero no asiste ninguno de ellos. Mandan a Florencia, como si fuera una sesión normal.

La paciente en ningún momento de la sesión menciona algo sobre este hecho. Solo conto lo que hizo en el día.

Para contrarrestar esto, la terapeuta decide aplicar la técnica de “Las Fotos”, que consistía en traer para la próxima sesión 5 fotos que sean significativas para ella.

Florencia en la siguiente sesión trae las fotos y se las presenta en el siguiente orden:

- 1- Abuelo paterno
- 2- Hermana menor
- 3- Madre y hermano mayor
- 4- Ella de bebe
- 5- Ella bailando

Se le pide que cuente porque eligió esas fotos y que significan para ella.

- 1- **“Mi abuelo falleció cuando yo tenía 10 años, lo extraño mucho, él era como un padre para mí”.**

Florencia se angustia cuando habla de su abuelo. El fallecimiento de su abuelo coincide con la separación de sus papas. Lo recuerda varias veces a lo largo del tratamiento y siempre sobreviene la angustia en ella.

- 2- **“Esta es mi hermanita más chica, tiene Síndrome de Down, yo la quiero visitar pero a veces no me dejan. Me enoja, porque yo la quiero mucho y me encanta pasar tiempo con ella”.**

Cuando los padres de Florencia tienen problemas entre ellos le impiden ver a su hermana.

- 3- “Esta es mi mama y mi hermano, a mi mama la admiro por que trabaja y estudia, este es mi hermano más grande, con el me llevo mal, peleo mucho, es insoportable”.**

Su mama comenzó una carrera universitaria y el padre le echa la culpa a ella, que por este motivo descuida a sus hijos.

En el trascurso del tratamiento a la madre de la paciente le surge la posibilidad de irse a trabajar al sur, ella se entusiasma con la idea de poder irse y se lo plantea al padre de sus hijos, buscando la posibilidad de que él pueda hacerse cargo de ellos, el tiempo que ella este fuera de la provincia. Frente a esto el ex marido se molesta y le dice que no le parecía que abandone de esa manera a sus hijos, por lo que la madre desiste de esa idea.

Todo esto es traído por el padre de Florencia en la única entrevista que tiene con la psicóloga, donde se lo ve muy molesto por esta decisión de su ex mujer. Este fue el único momento en donde al padre de Florencia se lo ve un poco más abierto al dialogo, ya que anteriormente solo contestaba lo justo y necesario, inducido por alguna pregunta hecha por la profesional.

- 4- “Esta soy yo cuando era bebe, como tenía que traer las fotos, les pregunte a mi mamá que me cuente como había nacido y me dijo que me tuvo a los 19 años, nací a los 8 meses con 4kg”.**

Florencia tuvo que preguntarle a su mamá sobre su nacimiento.

- 5- “Aquí estoy bailando árabe, me gustaba bailar, solo que ahora no lo hago porque no sé, no quiero”.**

“A mi mama le gusta que baile, aunque siempre se quejaba por comprarme la ropa que pedían y por qué decía que yo no prestaba atención, que mis compañeras bailaban mejor que yo porque ellas si prestaban atención. Además me jodia con que no vaya a engordar por que

en los trajes, no sé si viste, se lleva la panza al aire, entonces por eso ella no quería que engorde”.

La mama de la paciente manifiesta en las entrevistas que Florencia debería cuidarse más con la comida **“ella es desarreglada para comer, yo le digo que se cuide, porque no es lindo ver una nena que baile con una tremenda panza, no es por nada, pero no queda bien”**. Además cuenta que quiere que su hija haga cursos de maquillaje, peluquería y que está viendo la posibilidad de que empiecen alguna dieta juntas.

A partir de la sesión de las fotos, la actitud de Florencia dentro del tratamiento empezó a cambiar, se la percibe mucho más cómoda, suelta, habla mucho más, comienza a contar las cosas que le molestan y las que no. Se empieza a desplegar una transferencia positiva entre paciente y terapeuta.

Ella se define como muy parecida al padre en su carácter, de hecho en cuanto a lo físico también es parecida a su papa.

Se puede observar que cuando Florencia es traída por su mama a las sesiones viene bastante arreglada, con polleras, pintada y peinada; a diferencia de cuando es traída por su papa, quien viene con ropa deportiva, zapatillas y sin pintarse.

Frente a esto que se había repetido tras varias sesiones, Florencia llega con su mama, como de costumbre bien arreglada y con una trenza, a lo que la terapeuta hace la siguiente intervención:

Psicóloga: “linda trenza flor”

F: “¿Si?, gracias. Me vestí así porque mi mama dice que tengo que ser más femenina”.

P: mira vos, ¿y qué es ser femenina para vos?

F: silencio. “Vestirse como mujer... (Se queda pensando). Aunque hay hombres que se visten como mujer.” (Sonríe)

P: es cierto.

**F: “No me había dado cuenta de eso. Yo así no me siento cómoda, porque tengo que estar cuidando que no se me vea nada, me gusta más andar de pantalón”.
(Ríe)**

“Te cuento que comencé el gimnasio, mi mama dice que estoy excedida de peso y eso no es bueno”.

“Y que no venía porque estuve haciéndome estudios. Tengo hipertiroidismo. Averigüé por internet y es una enfermedad autoinmune. Nunca pensé que yo tenga una enfermedad así de ¡wau! Ahora tengo que cuidarme más, mi mama esta insoportable con ese tema”.

Florencia anteriormente a esta sesión había faltado en dos oportunidades sin previo aviso. Cuando esto sucede, desde la institución se llama a los padres para preguntar ¿Qué paso? ¿Si se va continuar con el tratamiento? ; En ese llamado la madre informa en administración que Florencia estuvo haciéndose una serie de estudios pero que la próxima sesión iba asistir de manera normal.

En el transcurso de las posteriores sesiones (en junio aproximadamente), se despliega el deseo de Florencia de querer cambiarse de colegio y la aparición de nuevos cortes.

Comienza la sesión de la siguiente manera:

F: “me corte de nuevo”

P: (la mira)

F: “Si. Me corte de nuevo por que no aguante más, tuve un día horrible, me peleé con mis amigas en el colegio y con mi novio”.

Tenía una relación virtual con un chico, al que no conocía más que por fotos, planeaban encuentros pero no se concretaban.

F: “Me entere que anda con una amiga mía, les pregunte a los dos y me dijeron que no, pero yo sé que sí, sé que ellos se hablan, a mí no me engañan. Estábamos en el colegio por sacarnos una foto y como ella tiene un iPhone 5 siempre nos sacamos con su celular, obvio tiene mejor cámara, o sea es un iPhone. Bueno la cosa es que ella me lo da para que primero le saque una foto

a ella sola y justo le llega un mensaje que decía Juan Cruz, mire y era su foto de perfil. En ese momento no le dije nada porque quería ver si ella me mentía o me decía la verdad”.

“Cuando entramos a la hora de matemáticas, le cuento que me iba a juntar con Juan Cruz en estos días, obvio que ella lo conoce. Luz es una de mis mejores amigas, entonces le pregunto ¿ustedes hablan? y me dijo no, ya casi ni hablamos. La mire, y no le dije nada, seguí en clases pero ya no podía pensar en otra cosa que en lo que me estaban haciendo. Sentí un nudo en el pecho”.

“Estoy harta de que sean así, si yo estoy con alguien soy fiel, si hay algo que no soporto en las personas es la infidelidad, me saca”.

- Se angustia, se friega las manos, es notable su ansiedad.

“Mi papa también le fue infiel a mi mama, yo lo sé, yo lo descubrí, la verdad que no me entra en la cabeza como pueden ser así. No sé por qué mi mente me recuerda las cosas tristes”.

“Cuando me corto no pienso y cuando me siento mal no hablo con nadie, lo escondo”.

P: Es importante poder hablarlo antes de llegar a cortarse.

F: “Por ahí le cuento a mi amiga o lo escribo en mi diario íntimo lo que pasa es que como mi mama me revisa todo, tengo que esperar al otro día cuando voy al colegio y ahí contarles, porque ella se entera de todo y no quiero que se entere de esto”.

“No sé cómo voy a hacer ahora, no quiero ir más a ese colegio, no me gusta, no me siento bien, menos con lo que paso. Mis amigas son todas unas forras. Necesito que hables con mis papas porque no me creen que me quiero cambiar”.

P: Vos hablaste con tus papas sobre esto.

F: Si. Ya me canse de decirles que no quiero ir más, que es muy pesado y que me llevo mal con la mayoría de mis compañeros, pero creen que miento como siempre.

- Los padres de Florencia manifiestan en la entrevista que esto lo hace al propósito, que ella busca que le vaya mal para poder cambiarse y que ellos no le van a dar con el gusto. Esta situación generó malestar en la casa, entre Florencia y sus padres, al punto de no querer compartir la mesa con su mamá y no querer que su papá la busque para ir a la casa de él.
- Ella sostiene que recibe bullying por parte de sus compañeros.

En diciembre se vuelve a cortar, el motivo es porque se separó de un chico con el que decía tener un noviazgo, pero trae a colación nuevamente lo que paso con la madre en esa pelea donde le dice algo que no puede pronunciar.

F: “Me volví a cortar, cuando algo me sale mal no puedo controlar mis ganas, me siento mal después de hacerlo, me da mucha culpa.

P: ¿Dónde te cortaste?

F: Esta vez me corte entre las piernas para que mi mamá no se dé cuenta. Si se entera va empezar a decirme de todo como siempre.

“Me duele lo que me dicen, me enoja lo que me pasa, mi mamá me re lastimó con lo que me dijo cuándo pensó que había perdido la virginidad”.

En este tiempo aparece una situación en el colegio en la que ella estaba involucrada.

La madre de una compañera dio aviso en la dirección que había visto en el celular de su hija que se intercambiaban fotos desnudas entre las alumnas del colegio, eso llegó a oídos de Florencia y cuando vio entrar a la madre de su amiga al colegio, Florencia se empezó a sentir mal, se mareo y se cayó. Tuvo que ser asistida por profesionales y retirada del colegio porque le dolía la cabeza.

Con respecto a esta situación, ella dice que no sabe lo que le paso realmente, solo que se sintió mal y se desmayó.

Unas semanas después su madre pidió hablar con la psiquiatra porque había visto fotos de partes íntimas en el celular de Florencia. Consternada por lo acontecido su mamá pide por favor que **“le den algo a su hija para que deje de comportarse así”.**

En enero vuelve con un piercing en la nariz, cuenta que se sacó algunas materias.

En febrero la madre avisa a la psiquiatra que vio mensajes depresivos en su whatsapp. Florencia asocia estos estados de tristeza a las relaciones virtuales que tiene con diferentes chicos y se molesta por que no prosperan.

Ella puede asociar que cada vez que está mal emocionalmente le va mal en el colegio:

F: “Yo sé que cuando me siento triste empieza a darme todo igual y no tengo ganas de estudiar o de estar en clase prestando atención, no puedo pensar en otra cosa”.

Tiempo después entra a la sesión y dice lo siguiente:

F: “Tuve un corte, unito, pequeñito”.

P: ¿Quieres contarme?

F: “Estaba mal. Me sentía mal, tengo miedo de que mi mama se muera. No venia por que estuvo internada, encima no me dejaban ir a verla”.

P: ¿Porque no te dejaron verla?

F: “Porque mi mama no quería que fuéramos a verla, no le gusta que la veamos así”.

P: ¿Así cómo?

F: “Así enferma, con cosas conectada, despeinada, despintada, que se yo. Me imagino que será por eso, conociendo a mi mama seguro es eso”.

“Ahora está en mi casa, pero tengo miedo que sea algo grave porque no deja de repetirme que ella me quiere ver bien, con un título antes de que ya no este, que estudie porque ella quiere verme recibida”.

- Se angustia y llora. Cuando logra calmarse retoma.

F: “Lo bueno de esto es que vio la libreta y no se alteró tanto así que voy bien”.

P: Que bueno...

F: “Si. Encima no sabes el tiempo que estuve en casa de mi papa fue un calvario, no soporto a su mujer. O sea al principio todo bien con ella, parecía piola pero cuando estuve viviendo ahí, nada que ver. Es muy pesada, se queja por todo, encima se hace la bebe, la pobrecita”.

P: ¿Y tú papa?

F: “Ahí, trabajando. Él le hace caso en todo a la novia, le presta más atención que a nosotros”.

Luego de esa sesión, Florencia no asiste más a la institución, se llama a su madre para ver si continuaría con el tratamiento y responde que no por problemas económicos y conflictos con la obra social. Debido a esto se le informa a la psicóloga y a la psiquiatra, quienes acuerdan tener una entrevista de cierre con Florencia y sus padres.

A esta entrevista asiste Florencia acompañada de su mama. En ese encuentro la madre manifiesta que hay conductas de trastorno de alimentación en Florencia ya que la había encontrado en varias ocasiones vomitando.

Además dice que su hija le sigue mintiendo y que en cuanto al rendimiento escolar no ve el progreso que ella esperaba, que si bien se sacó las materias que se había llevado, no le ve ganas de estudiar, así que por este motivo no iba seguir pagando lo que pide la obra social, ya que para ella era demasiado tiempo el que había estado asistiendo a la institución.

Trataba de desenmascarar a su hija contando todo lo que hacía mal. De hecho se notaba incomodidad en Florencia, quien solo movía la cabeza diciendo no y con la mirada puesta en el suelo.

Luego de esto, la psicóloga y la psiquiatra le dijeron que si el problema era por el plus de la obra social era conveniente que Florencia busque asistencia gratuita en el servicio de adolescencia del hospital Vera Barros donde pueda seguir con tratamiento psicológico. Se hizo firmar el alta voluntaria a la mamá.

En cuanto a Florencia no quiso hablar nada, solo lloraba y decía que no con la cabeza cuando su mama contaba lo que hacía.

Al despedirse abrazo a su psicóloga y lloraba desconsoladamente, expreso:

F: “no quiero dejar, yo me sentía muy bien. Gracias de verdad.”

Observación: a la paciente se le otorgo el alta voluntaria por pedido de la madre. Se la hizo firmar el alta para dejar constancia de esta decisión. Desde la institución se consideraba que la paciente no estaba en condiciones de dejar el tratamiento debido a los episodios de trastornos de la alimentación que presentó en el último tiempo.

Edad: 14 años

Datos formales: Vive en el interior de la provincia de la Rioja, en un departamento llamado Aimogasta.

Cursa tercer año de la secundaria en una escuela pública.

Su apariencia es acorde a su edad, se viste bien, siempre arreglada y en buenas condiciones.

Viaja acompañada de sus padres cada 15 días para tener sesiones de psicología y psiquiatría. Es una joven súper introvertida, que le costaba mucho dialogar, tímida.

Constitución familiar: Fiorella vive con sus padres y un hermano (18). Su padre (57) es médico y trabaja en el hospital del pueblo, la madre (55) es ama de casa. La familia tiene un buen pasar económico.

Plan terapéutico: psicología, psiquiatría, taller de acompañamiento terapéutico y terapia ocupacional

Motivo de consulta: En el mes de enero llama la madre de Fiorella al centro terapéutico con motivo de solicitar un turno para su hija por que se había cortado las venas. La madre le dice a la secretaria que ellos no eran de la capital y que necesitaban un turno cuanto antes, que no importaba el día, ellos iban a estar ahí. Se la notaba bastante preocupada y angustiada por lo que estaba pasando.

Se organizan con administración debido a que fue en el mes de Enero y en el centro terapéutico se realizaban guardias pasivas, por lo tanto se logra programar el turno para esa misma semana con la psicóloga de guardia.

Sesiones

La psicóloga de guardia es quien toma la admisión a los padres y luego hace pasar a Fiorella.

Después de que ambos padres brindaran algunos datos de filiación y contar acerca de cómo era la relación que llevaban con su hija, empiezan a contar el motivo de su preocupación, dice la madre:

“Lo que nos trajo acá es que Fiorella se anda cortando, nose cuantas veces lo habré hecho pero nosotros nos enteramos el sábado, porque se le fue la mano parece. Se lastimo de más y salió llorando del baño asustada a decirme lo que había hecho. Tenía la mano con sangre, imagínese, yo casi me muero. Salimos volando al hospital, era a la noche, ella llevo del cumpleaños de una compañera. En el hospital la curaron, no era muy profundo pero le salía sangre, la tranquilizaron y nos recomendaron consultar con un psicólogo”.

P: ¿Cómo estaba ella en ese momento?

Padre: “Ella estaba muy asustada, solo lloraba y decía q no lo iba a hacer más. Le pregunte por que lo había hecho y no me decía nada. Y hasta el día de hoy no dice nada sobre eso”.

Luego de la entrevista con los padres, ingreso Fiorella para tener el primer encuentro con la psicóloga. Tanto ese encuentro como los siguientes, durante aproximadamente un mes, fueron de mucho silencio.

La psicóloga comenta que era una joven a la que le costaba mucho hablar y que incluso Fiorella misma se incomodaba por que trataba de hablar pero no le salían las palabras.

F: “Yo no soy de hablar mucho, no sé qué decir, me incomoda”.

De a poco, a través del chiste, de juegos y de brindarle la confianza para que ella sienta que ese era su espacio y que podía decir lo que sentía, lo que le gustaba y lo que no; se fue logrando un dialogo fluido a tal punto que hasta el momento Fiorella es una joven que llega a la sesión y no para de hablar, se tira en el sillón, se pone cómoda y comienza a contar de todo.

Logro hacer amigos en la institución, a pesar de que asiste cada 15 días y tiene que hacer todas las actividades complementarias, además se lleva muy bien con las profesionales.

Luego de un tiempo, Fiorella cuenta que estuvo de novia con un chico y que la ruptura de esta relación fue el motivo por el cual se había cortado en dos ocasiones.

F: “Me corte dos veces nomas, la primera fue para probar por que no daba más, estaba triste, con mis compañeras una vez hablamos sobre esto de los cortes y me acorde de eso, entonces probamos. Estaba con una compañera del colegio, se quedó a dormir en casa, fue en mi pieza con un cutter del cole. Fue pequeño, ni me dolió. (Sonríe)

La segunda fue peor, esa si me dolió, ahí me llevaron al hospital donde trabaja mi papá para que me curen porque me salía un poco de sangre. En realidad no sé por qué lo hice”. (Ríe)

P: ¿Paso algo ese día?

“Fue a la noche, estaba mal. Mi novio, bueno mi ex novio, estuvo con una amiga en el cumpleaños de una compañera yo estaba ahí y quede como una estúpida delante de todos. Fue eso lo que no aguante. No me importa con quien estuvo en verdad, no me importa que Laura sea mi amiga, lo que me da bronca es que me haya hecho quedar como la más boluda de curso, fueron los dos. Eso es lo que no soporte, no aguantaba la bronca por eso me corte”.

“Como me va pasar eso a mí, cada vez que pienso en lo que paso me da tanta bronca que me vienen las ganas de lastimarme de nuevo, no entiendo cómo me va pasar eso, quedar como una tonta delante de todos, no se los voy a perdonar nunca”.

Conto que tuvo algunos conflictos con el padre, expresa:

F: “También se me junto que en ese tiempo me llevaba mal con mi papa. Él es bueno conmigo me da con todos los gustos, pero quiere controlarme en todo y eso me molesta, se cree que no se cuidarme sola y ahora con esto que paso, están peores los dos”.

“Yo les digo que me dejen vivir, están todo el tiempo encima mío. Mi papa es todo el tiempo “hijita que Queres, hijita como estas, Hijita de aquí, hijita de allá”, me tiene cansada con su hijita. No quiero ser mas eso, yo se cuidarme sola, yo sé lo que está bien y lo que está mal, ya no soy una bebe. A veces me miro al espejo y yo misma me digo “Fiorella como aguantas tanto”.

Sobre el espejo dice lo siguiente:

F: “Yo pienso, para que le voy a contar a otros lo que me pasa , si al otro ni le importa, para eso hablo conmigo misma”.

“Para que quiero la opinión del otro si yo ya se lo que voy a hacer. Yo hablo, me miro al espejo y yo misma me digo “Fiorella estas bien”, “por qué hiciste eso, cosas así”.

De esta manera a modo de chiste la psicóloga comenzó a preguntarle al inicio de las sesiones, a ver que hizo Fiorella , hagamos de cuenta que yo soy el espejo, ella se reía, y comenzaba a hablar, diciendo: “ y bueno hoy Fiorella hizo las cosas bien en el colegio....” Y así fue contando como era ella.

La psicóloga recuerda que cuando Fiorella llego tenía muy manifiesto el hecho de ser niña, por momentos se la notaba como una niña pero a la vez quería tener la libertad de una persona grande. Era evidente que estaba atravesando un momento de transición.

Al principio se trabajó el tema de los cambios, porque tenía un ideal de princesa muy marcado y todo lo idealizado se le vino al bajo a partir del engaño de su amiga y su novio. A Fiorella le cuesta mucho frustrarse y todo lo que sea compartir la enoja, es muy celosa de sus amigos, de su hermano, le cuesta el hecho de dar al otro. Está muy marcado como barrera defensiva el no querer, ni dejarse querer.

A medida que fue contando a cerca de su vida, poco a poco fue dejando el diálogo con el “espejo” y la comunicación comenzó a ser más directa, incluso ella lo manifiesta diciendo:

F: “Ya no estoy hablando tanto con el espejo”.

Conto que conoció otro chico, que era su amigovio, porque no quería que pase lo mismo que paso con el anterior, así que solo eran amigovios. Al tiempo tuvo su primera vez, momento en el que se trabajó a cerca de la educación sexual. Además se hizo hincapié en el tema de lo caprichoso, ya que ella esperaba que siempre las cosas sean como ella quisiera y si no sucedía así se frustraba de inmediato; se enojaba y le sobrevenían las ganas de autolesionarse, no lo llevaba a cabo pero si lo manifestaba.

Hasta el momento Fiorella no se volvió a cortar, la psicóloga notó un gran cambio en el semblante desde que ingreso. Lleva aproximadamente 5 meses de tratamiento y mejoró la relación con sus padres, se vincula mejor con sus pares, se está trabajando de a poco el tema de la independencia.

Edad: 16 años.

Datos Formales: la paciente asiste a una escuela pública con orientación artista, turno mañana y tarde, cursando 2 años y por la tarde eligió la modalidad de Danzas Clásicas. A principio del año siguiente la paciente es cambiada de colegio, a una institución privada bilingüe. Martina es una joven delgada, alta, pelo largo, siempre cuidada en su apariencia física. Es seria, callada, le cuesta entablar conversaciones. Mantiene una relación de noviazgo con un chico un año mayor que ella que es su vecino y tiene una sola amiga.

Al momento de la consulta llegó en un estado abúlico, pálida, ojos hinchados, silenciosa, y se podía ver la marca en su cuello producto de la soga. Llevaba puesta ropa deportiva al momento de la entrevista.

El ingreso al tratamiento se vio dificultado por la obra social, por este motivo, actualmente es una paciente particular.

Constitución Familiar: La paciente vive con sus padres y su hermano mayor de 22 años. Su padre (45 años) tiene un negocio y su madre (40 años) se encarga de atenderlo por lo que trabaja horario comercial.

Observación: El inicio del tratamiento fue 19 de diciembre de 2016, luego de la entrevista con la psiquiatra, Martina asiste a dos entrevistas con la psicóloga, una en diciembre y otra en enero y deja de concurrir. Retoma en julio del 2017, con periodos de irregularidad en el medio por embarazo.

Plan Terapéutico: Psiquiatría, psicología, grupo de adolescentes. El padre asistía a los talleres para padres a cargo de la acompañante terapéutica.

Motivo de consulta: El padre de Martina llama a la institución solicitando un turno para su hija de 16 años, que había intentado suicidarse esa misma tarde al colgarse de un ventilador con un cable.

Se indaga sobre si recibió asistencia médica en ese momento a lo que el padre de la joven responde que no, que físicamente estaba bien, que la alcanzaron a bajar porque

pego un grito y justo estaba cerca su mama; fue ella quien la socorrió. Sucedió en una pieza en construcción dentro de la casa. Se evidenciaba una notable angustia y ansiedad en su papá.

Al evaluar rápidamente la situación, se coordina de inmediato para que sea atendida por la psiquiatra del centro terapéutico.

La joven llega al centro con sus padres en un estado abúlico, su padre nervioso y preocupado, su mama un poco más tranquila.

Se le da aviso a la psiquiatra de que la paciente estaba en la institución, la psiquiatra sale y le pregunta a Martina si quería ingresar sola o acompañada de sus padres, ella responde que prefería ingresar con sus padres.

Admisión

En la entrevista con la profesional se indaga sobre si quería entrar sola o acompañada y Martina respondió con ellos haciendo referencia a sus padres.

Los padres cuenta brevemente lo que paso al momento en que la encontrar a Martina en la pieza y toma la palabra la joven que en medio de su angustia, contó que intentó suicidarse porque tuvo una pelea con su novio, que se sentía muy mal y sin ganas de vivir.

Además les confiesa a sus papas que había sido abusada por su hermano mayor cuando era chica. Los padres sorprendidos ante esta noticia quedaron en silencio. Martina en un estado de profunda angustia culpa a su madre de haber permitido esta situación ya que la dejaba a cuidado de su hermano para poder trabajar.

M: “esto paso por que vos me dejabas con el cuándo ibas a atender el negocio, el me trataba mal y me hizo hacer cosas que no quería, siempre tuve miedo de contarle, pensé que no iban a creerme.” “Ustedes saben cómo es Facundo de agresivo”.

Los padres dicen no tener conocimiento sobre esta situación, se podía ver en sus rostros lo impactados que estaban ante este panorama.

La psiquiatra luego de dejar que la joven hablara y frente al silencio de los padres, le explico la importancia de comenzar un tratamiento terapéutico para lograr superar estas situaciones que tanto la angustiaban. Se recomendó hacer una consulta médica para descartar cualquier tipo de lesión, debido a lo sucedido (se podía observar la marca en su cuello). Se la medicó temporalmente porque estaba muy angustiada y se le otorgo un turno con una de las psicólogas de la institución para comenzar dicho tratamiento.

Primeras entrevistas

En las primeras entrevistas ella se mostró muy angustiada, tanto en la de diciembre como en la de enero. Inmediatamente ella conto porque viene, aunque no podía recordar con claridad lo sucedido.

P: ¿Qué recordas sobre eso?

M: “No tengo muy claro lo que paso”. (Angustia)

P ¿Quieres contarme que hiciste ese día? ¿Cómo empezaste el día?

M: “No puedo acordarme bien... sé que discutí con mi novio porque me entere que me había engañado y me volví loca”.

P: ¿Eso fue lo que te puso mal?

M: “Todo me puso mal, yo vengo con un mal año, me lleve muchas materias en el colegio, 8 materias me lleve. Además me llevo re mal con todos mis compañeros, quiero cambiarme de colegio, porque no me hablo con nadie. Solo tengo una amiga y es mi vecina, y bueno, mi novio que también es vecino mío. Nos conocemos desde niños. Yo también le fui infiel a él, pero ese día que me entere y discutimos no tuve otra opción, vengo cargada con muchas cosas”.

P: Este es un espacio para que vos puedas contar todas estas cosas, lo que te gusta y lo que no, con el fin de que podamos ir charlando y que no llegues a este punto, donde pusiste en peligro si vida. ¿Sí?

M: “Si. Yo quiero venir, quiero hacer un tratamiento, sé que lo necesito”.

- Lloró prácticamente toda la sesión, incluso se tuvo que extender el tiempo de la sesión porque estaba muy angustiada. No hablo mucho, solo lloraba.

Cuando Martina vuelve en el mes de Enero, explica que no estaba asistiendo debido a que sus padres estaban solucionando el tema de la obra social, pero como no pudieron lograr que les cubriera el tratamiento, iban a afrontarlo de forma particular.

En esa sesión ella cuenta que concurría a una escuela de formación artística, en donde hacía Danzas Clásicas pero que no le gustaba, había elegido danzas porque a su mamá le gustaba pero a ella no. La psicóloga manifiesta que hablaba muy desde el lugar de la madre.

No estaba de acuerdo con las exigencias de la imagen, si bien, Martina es una joven alta y delgada, ella no compartía el hecho de ser flaca para poder bailar.

Pide el cambio de colegio porque no había logrado hacer amigos, no le gustaba, ella comenta lo siguiente con respecto a esto:

M: “Me hablo con algunos de mis compañeros, pero no son mis amigos, son solo relaciones superficiales. Mi única amiga es mi vecina, una chica que vive en mi barrio. Ella es mi mejor amiga y no la cambio por nada”. (Sonríe).

Con respecto al intento manifiesta lo siguiente:

M: “Yo quiero cambiar, no sé por qué hice eso. Me dolió mucho verlos así a mis papas”.

P: ¿Así como?

M: “Destrozados por lo que había pasado. Mi papá hasta el día de hoy no lo supera. Como será para tanto que los tengo encima de mí todo el tiempo. Antes no me daban bola, no me preguntaban nada. Ahora están todo el tiempo viendo si estoy bien, si me pasa algo, si quiero esto o lo otro, no me dejan sola y si me dejan me están llamando por teléfono”.

P: ¿Vos decís que cambiaron en la manera de tratarte?

M: “Si. Cambiaron todo, con mi mamá yo nunca tuve una relación de madre e hija, ella es re fría, nunca demuestra nada y es la primera vez que la veo

preocupada por mí, como queriendo acercarse. Mi papá me llama todo el tiempo, me busca de donde este. Necesitan saber todo el tiempo que estoy haciendo, eso también me molesta un poco. No estaba acostumbrada a tanto”.

- Luego de estas dos sesiones, se los cita a los padres en dos ocasiones para trabajar con ellos pero no asistieron. Después de estas dos ausencias de los padres, Martina dejó de concurrir al centro terapéutico por un tiempo.
- Retoma el tratamiento a fines del mes de junio por una pelea con la madre.

M: “No tenía ganas de venir. Me peleé con mi mamá y me mandaron”.

P: ¿Por qué te peleaste?

M: “Por una bolude del colegio, me exige que me vaya bien, no sé qué me dijo, que me enoje tanto y le tire con el control del tele que tenía justo en la mano; menos mal que no fue con mi celular porque ahí sí me moría. El celular es como mi vida”.

P: ¿No recordas que te dijo?

M: “Mmm, me insinuó como que después voy a intentar matarme de nuevo. Algo así fue, no recuerdo bien las palabras que me dijo pero tenía que ver con eso. Y me saque y le tire con lo que tenía en la mano en ese momento”.

“Que tiene que hablar ella sobre eso, si parte de lo que me paso, ella tiene la culpa. Nunca estuvo para mí. Vivía trabajando y cuando llegaba para lo único que servía era para retarme y reclamarme que no hacía nada, que me va mal en el colegio y cosas así, siempre fue igual, pensé que había cambiado pero por momentos me doy cuenta que sigue siendo igual”.

P: ¿De qué tiene la culpa tu mamá?

M: “Ella tiene la culpa de lo que paso cuando lo dejaba a facundo que me cuide. Si ella hubiera estado eso no pasaba”.

- Se angustia cuando empieza a contar que es lo que sentía ella con toda esta situación.

M: “Me duele todo esto. Me da bronca, enojo, impotencia, hasta me dan ganas de lastimarme. Siento como algo en el pecho que me va explotar. Lo mismo que sentí el día que pasó eso. Ahora me pasa que tengo ganas de lastimarme yo”.

P: ¿Hacerte daño?

M: “Sí. Cortarme, pegarme, nose; necesito sacar ese dolor que siento de alguna forma. Me cuesta mucho decir lo que siento”.

“No me corte todavía, pero no te voy a mentir, cuando paso lo de mi mama sentí unas ganas terribles de cortarme o matarme”.

P: ¿Vos crees que estas ganas que sentís son porque te cuesta expresar tus emociones?

M: “Yo soy una persona fría. Si sos frio no te duele nada. No te afecta nada”.

“Por lo menos así trato de ser porque si no me pasa esto de no soportar y querer hacer cualquier cosa. Yo por dentro soy una persona sensible (llora) me dolió todo lo que paso, pero me volví fuerte para poder callarlo”.

“Cuando tome las pastillas y me quise matar, siento como que algo se rompió y no soporto más nada. No quiero seguir callando lo que me pasa pero tampoco sé cómo decirlo, ¿me entedes?”

- Cuando ella vuelve en junio quien está más presente en las entrevistas a padres es el papá de Martina, no así la madre, por motivos de trabajo.
- Frente a esta situación la psicóloga le propuso programar la entrevista para las 17hs, es decir, una hora antes del ingreso al trabajo, o bien, realizar el encuentro a las 21:30hs; pero aun así la madre de Martina no asistió a las entrevistas.

En las entrevistas con el padre, él expresaba que su mujer (madre de Martina), era una persona muy fría. Eso es uno de los motivos por el cual hay una separación entre ellos y una infidelidad en el medio.

Padre: “Yo le fui infiel por que como mujer ella es muy fría, no tenemos contacto”

“Yo sé que me mande el moco, que soy el culpable, pero ella no hace nada por acercarse ni a mí ni a Martí. Ahora con lo último que paso como que se movilizó un poco y con Martí se lleva mejor. Pero entre nosotros la verdad que cuesta.”

Entrevistas de Julio a Diciembre

En las próximas entrevistas se trabaja para que emerja la palabra, ya que para la paciente le era difícil expresar lo que sentía. Se buscaba desde lo terapéutico que pueda expresar las emociones, haciendo hincapié en cómo se siente con las situaciones que se le van presentando.

Ella se presenta como muy fría, con poca expresividad en la cara, cuando hablaba no hacía gestos que acompañen al discurso, ni siquiera cuando lloraba.

En las sesiones, la psicóloga cuenta que por momentos se tornaba monótono; ella llegaba, se sentaba en silencio y la miraba, esperando que la psicóloga comience. Frente a esta imposibilidad por momentos de implicarse, se le propuso a la joven hacer una serie de técnicas gráficas. Las técnicas tomadas fueron las siguientes:

- Persona bajo la lluvia: ubicando la hoja de manera vertical, dibujó una persona de sexo femenino, de 25 años de edad, sin paraguas. Las gotas de lluvia caían sobre ella. En cuanto a la historia tenía que ver con que “Sara” se aislaba de su casa por sus malos impulsos al discutir y cuando se tranquilizaba volvía.
- Familia: con la hoja horizontal realizó una familia y el orden fue el siguiente: padre, madre, Martina y su mejor amiga. En cuanto a la historia, relata que la familia se fue de vacaciones a la playa y que la pasaron muy bien.

Con respecto a la ubicación de ambos dibujos, fueron realizados en el margen inferior izquierdo de la hoja, cabe destacar que no hay demasiada producción de los mismos.

Martina durante el periodo en que asistía al centro terapéutico, logra reconstruir la relación con su hermano mayor, con quien siempre se llevó mal y no se hablaban desde su intento de suicidio. En cuanto al trabajo terapéutico, la psicóloga planteo no está centrado en el hecho del abuso, porque ella no lo trae a colación, lo da por supuesto. No es algo de lo que quiera hablar todavía, solo lo menciona el día en que tuvo la entrevista con la psiquiatra y en presencia de sus padres.

De su intento de suicidio habla un poco más en el mes de agosto y dice lo siguiente:

M: “Tome pastillas antes de colgarme”.

P: ¿Podes recordas que paso?

M: “Discutí fuerte con mi novio por unos mensajes que le encontré. Le urge el celular y vi unos mensajes de una chica, me puse re mal, le dije que no quería seguir con él y me fui a mi casa que queda a la vuelta. Ahí obvio, me tire a llorar, estaba muy mal. Me sentía tan mal que quería parar con todo esto. Fui a la caja donde están todas las pastillas y agarre un Alplax que mi mama toma a veces para dormir, tome uno creo, o dos, no me acuerdo bien”.

“Después me fui a seguir llorando en la pieza, creí que eso me iba a hacer tranquilizar pero parece que no aguante más, me vinieron recuerdos malos de mi infancia, hasta ahí me acuerdo bien, después no. Parece que yo pegue un grito, mi mama se estaba levantando de la siesta para irse a trabajar y ahí fue cuando me escuchó. Dice que mi grito fue desesperado, nose. Después de ahí me acuerdo recién cuando me traían para aquí”.

En septiembre Martina tiene dos ausencias a la tercera por reglamento de la institución se llama al tutor, en este caso se llamó a su papá para saber el motivo por el que la paciente no estaba asistiendo. El padre responde que Martina estuvo haciéndose unos estudios médicos, pero que a la próxima sesión va asistir normalmente.

En la próxima sesión se despliega el tema de su embarazo:

P: ¿Cómo estas Martina?

M: “Bien”.

P: No sé si sabias que me comunique con tu papa, para preguntar por vos, por el tema de que no estabas viniendo.

M: “Si, lo sabía, me conto que vos lo llamaste. Estuve con estudios médicos y bueno, por eso no pude venir”.

P: Si me comentó tu papa también ¿estás bien ahora?

M: “Sí. Digamos que sí”. (Ríe)

P: Bueno me alegro entonces; contame ¿qué tal tu semana, que hiciste?

M: “Bien. Anduve detrás de los médicos porque me desmaye, me llevaron a la guardia de Eri, me pidieron análisis y me entere que estaba embarazada”. (Ríe)

P: ¡Ah! Mira vos...

M: “Sí. Ni yo lo sabía, fue una sorpresa para todos. Pero ahora ya está todo bien”.

P: ¿Cómo lo tomaste vos?

M: “Yo me sorprendí, no me lo esperaba pero dentro de todo bien, que se yo, como que todavía no caigo. Pensé más en mis viejos que en mí, porque no sabía cómo lo iban a tomar ellos”.

P: ¿Y cómo lo tomaron?

M: “Y... primero se enojaron, obvio, me dijeron que soy muy chica, que porque no me cuide, yo les dije que si me cuidaba, pero bueno, ya está, tengo que hacerme cargo y listo”.

P: Decís “tengo” que hacerme cargo, como si fuera solo una responsabilidad tuya. ¿Tu novio?

M: “Mi novio re bien por suerte, él dijo que se iba a hacer cargo, hablo con mis papas, eso los dejo un poco más tranquilos. Él es más grande que yo y está trabajando así que bueno”.

P: Esta bien. Bueno Martí, es importante que empieces a cuidarte vos y tu bebe y de a poco vamos a ir trabajando sobre todos estos cambios.

M: “Sí. Yo sé que ahora más que nunca voy a necesitar ayuda porque tengo miedo de que mi hijo tenga el mismo problema que yo”.

P: ¿Qué problema tienes vos?

M: “Esto de que no sepa expresarse como yo, que no sepa cómo hacerlo. Yo no sé si voy a poder hacerlo bien”.

P: Bueno, pero fíjate que vos ahora estas expresándote. El solo hecho de poder decirlo es una manera de expresar, dijiste que tenes miedo, eso es normal, van a surgir diferentes emociones pero lo importante es que vos puedas traerlo a la sesión y que vamos trabajando juntas.

Se comienza de a poco a trabajar sobre qué lugar le va a dar a ese hijo, centrándose en la importancia de ir formando un vínculo incluso antes de que su hijo naciera; el acercamiento de los padres para con ella, fue de gran ayuda. La relación con su madre ha mejorado, Martina está posicionándose desde otro lugar, el de madre.

En la sesión con el padre de Martina se trabaja el tema del embarazo de su hija, él dice al respecto estar tranquilo, que va a acompañar a su hija en todo lo que esté a su alcance, expresa además, que vio muchos cambios en Martina desde que empezó el tratamiento, que la ve mucho mejor.

En esa entrevista el padre de la paciente pide la inclusión de su esposa al tratamiento, la psicóloga frente a esto le explica que cada vez que se programa una entrevista es para que asistan los dos padres, después queda en cada uno asistir o no.

- El cambio de escuela fue muy rotundo, Martina asistía a una escuela pública con orientación artística y se cambió a una escuela privada de orientación informática. Ella en ese colegio tampoco pudo formar grupo de pares, incluso hay un episodio en el colegio donde ella vuelve a sentir ganas de cortarse y de hecho se lastima.

Cuenta que tenía que llevar una maceta hecha de un material específico, la deja en una silla y le pide a los compañeros que por favor no la toquen. Los compañeros la agarraron, la tiraron y la rompieron. Cuando ella vuelve y ve este panorama, tiene un ataque de ira. Se puso muy agresiva, lo agarro a su compañero del cuello y lo puso contra la pared, le quiso pegar y lo insultó por lo que había hecho.

M: “Me saqué, no mido lo que hago cuando estoy enojada. Me embola que sean tan pendejos, lo que hacen es por dañinos. No me acuerdo mucho cuando lo agarre al pibito porque me pongo como ciega cuando me enojo”.

“Después de que paso eso, tenía tanta pero tanta bronca que me dieron ganas de cortarme de nuevo, me fui al baño y como no tenía nada con las uñas me rasque tanto que me lastime, es como que no puedo controlar lo que siento

adentro mío, siento como impotencia y ahí me vienen las ganas. Cuando llegó mi papá se me pasó un poco, me tranquilice. Él quería matarlos a todos, estaba re caliente cuando se enteró lo que había pasado”.

- Desde el colegio le dan aviso al padre de la situación, ya que Martina estaba angustiada. Su padre llegó al colegio muy enojado, quería entrar al curso y buscar al compañero que había roto la maceta de su hija

P: ¿Y a vos que te genera toda esta situación?

M: “Yo a veces tengo miedo de descontrolarme y matar a alguien, porque yo no mido, tengo mucha fuerza, por eso creo que me dan estas ganas de lastimarme a mí o de matarme yo, porque si yo voy a buscar a la otra persona la mato directamente, o sea, no sé si matar literal, pero sí le voy a hacer un daño del que capaz después me arrepiento, porque en ese momento me pongo ciega. Por eso es que me parece que me dan esas ganas por ahí de cortarme o como paso el día que discutí con mi novio”.

Con respecto a esto su padre expresa: “Martina eso lo saco a mí, yo cuando me enojo siento que se me apaga la luz, yo reconozco que en ese aspecto ella es muy similar a mí, no mide lo que hace, si a mí alguien me dice algo en un momento de enojo, yo me voy a las manos, pierdo el control en ese sentido”.

Confirma que estos ataques de ira que ha tenido Martina en el colegio, incluso los ha tenido con él también. Cuenta una anécdota de cuando su hija era más chica, entre 14 o 15 años, tuvieron una discusión con Martina donde su padre la quiere agarrar y ella le hizo frente, empezó a los manotazos. Dijo sobre el episodio del colegio: “yo sé que si ella los agarra a esos los hace cagar, porque yo se la fuerza que tiene Martí”.

Con respecto a la imposibilidad de hacer amigos en el colegio, Martina manifiesta lo siguiente:

M: “No tengo amigos porque ahí son todos chetos, tienen plata, hablan de que las empleadas les hacen las cosas, son todos unos caretas y a mí las personas así no me gustan. No tolero que estén aparentando o sacando en cara lo que tienen, compiten un montón entre ellos, pero por boludeces como quien tiene el mejor celular o las mejores zapatillas, cosas así que a mí no me interesan”.

El acercamiento que tienen los padres después del intento de suicidio a ella la ponía muy ansiosa, había logrado acaparar la atención de ellos con ese llamado, pero a la vez no le gustaba. Cuando sus padres se acercaban, ella no sabía cómo actuar.

M: “Cuando ellos quieren tomar el té conmigo, o vienen y me abrazan, me llaman para preguntarme como estoy y cosas así, nose como actuar, nose que hacer. No estaba acostumbrada a que ellos se preocupen tanto por mí. Me pone incomoda por que no sé qué decirles o cómo reaccionar.

Después del embarazo mejoró la relación con su madre, ellos la acompañan a los controles médicos, incluso en unas de las últimas sesiones cuenta que ahora le es ameno estar cerca.

M: “Ahora hablo más con mis papas, no sé como pero ahora los soporto más a mis papas, me gusta pasar tiempo con ellos, ahora soporto más que estén cerca, me gusta que me acompañen, de hecho la relación en mi casa está mucho mejor”.

“Con el que me estoy llevando un poco mal es con mi novio”.

P: Queres contarme por que

M: “Desde que estoy embarazada me agarran como ataques de celos, lo celo mucho, quiero estar todo el tiempo con él, tengo miedo de perderlo”.

P: ¿Porque ese miedo?

M: la verdad que no sé, él se enoja porque dice que yo no entiendo que él tiene que trabajar, que yo no hago nada más que ir al colegio y que por eso tengo tiempo de hacerme la cabeza, y si, un poco tiene razón, porque lo harto preguntándole todo el tiempo que hace, con quien está, soy re pesada. (Ríe)

- Fue el único momento en que trajo a colación el tema de su novio, hablaba muy poco de él y de su relación. En varias entrevistas el padre de Martina le pregunto a la psicóloga que tipo de relación tiene su hija con su novio, porque él cree que hay violencia entre ellos, piensa que antes del intento de suicidio hubo una situación violenta en la casa del novio de Martina. Desde el espacio terapéutico se le aclara que se trabaja con lo que trae el paciente en cada

sesión y que ella en muy pocas ocasiones trajo el tema de su relación de noviazgo. Que el tema recurrente con el que se trabaja, es la relación que tiene con ellos, o sea, sus padres.

Observación: La última sesión la tuvo la psicóloga con el padre, luego se la cito a la madre en dos oportunidades pero no asistió. Martina entró en el periodo de vacaciones y debió volver a retomar el tratamiento en enero pero no volvió.

Edad: 16 años

Datos formales: Jazmín cursa esporádicamente cuarto año de la secundaria, asiste a una escuela pública que queda cerca de su casa.

A simple vista es una joven delgada, con el cabello largo de tal manera que tapa la mitad de su cara. A la primera entrevista se presentó con ropa deportiva, traía una venda y un pañuelo en la muñeca izquierda debido a los cortes que se había provocado.

Es retraída, con poca apertura para el dialogo. Dice tener un carácter fuerte, y no le gusta asistir al colegio.

Constitución familiar: Padre (50), abuela paterna (73), es única hija y vive con ellos dos. Sus padres están separados desde que Jazmín tiene 5 años, la madre (49) desde el momento en que se separó se fue a vivir cerca y no tienen una buena relación entre ellos.

Plan terapéutico: sesiones de psicología, psiquiatría, psicopedagogía. En su historia clínica están incluidas talleres de adolescentes, talleres de padres, acompañamiento terapéutico y terapeuta ocupacional, pero no asiste a ninguna de estas actividades. Luego de un periodo de ausencia al tratamiento, cuando Jazmín retoma, quien se hace cargo es un tío paterno y por cuestiones económicas solo asiste a las tres primeras actividades.

Motivo de consulta: Por teléfono se solicita un turno para la paciente. Quien realiza la primera llamada es un tío (paterno), manifiesta que el fin de semana su sobrina había tenido un intento de suicidio cortándose las venas. Se organiza con administración y se pide que asistan los padres o tutores de la joven.

Debido a que en ese momento la psiquiatra de la institución estaba de viaje, a la entrevista de admisión la realiza una de las psicólogas del centro, quien luego la atiende a lo largo del proceso terapéutico.

Asiste Jazmín con su padre y además de brindar algunos datos formales, el padre contó que el fin de semana Jazmín había tenido un intento de suicidio cortándose las venas y que no era la primera vez que lo hacía.

Estuvo en tratamiento terapéutico durante el 2015 por un episodio de abuso que sufrió por parte de un tío materno, motivo que ocasionó varios conflictos entre ambas familias, de hecho la madre de Jazmín evita todo contacto con su hija.

La paciente en todo momento de la entrevista estuvo con la cabeza gacha, mirando el piso, su cabello le tapaba la mitad de la cara. La psicóloga indago sobre si ella estaba de acuerdo con empezar un tratamiento, solo asintió con la cabeza y dijo lo siguiente:

J: “Pero hoy no voy a hablar”

P: entiendo que hoy no quieras hablar Jazmín, vamos a programar un turno para que vengas y de a poco vamos a ir conociéndonos. ¿Te parece?

J: “Si, si”

Sesiones:

El primer mes de sesiones de psicología Jazmín no hablaba prácticamente nada, llegaba a la sesión con la cabeza gacha, el cabello tapándole la cara, la venda y el pañuelo en la mano, se sentaba en la orilla del sillón y se quedaba mirando el piso.

Desde lo contratransferencial era complicado debido a que tenía muy poca apertura para el dialogo, respondía solo a algunas preguntas y en voz baja. En ese primer mes no se pudo sacar mayor información que la que brindó el padre en la admisión. Se respetaron los momentos de silencios de la sesión porque a pesar de que ella no quería hablar seguía asistiendo.

De a poco se fue desplegando una mejor transferencia través de algunos juegos como el yenga, juego de cartas y la oca.

A medida que se generaba un ambiente de confianza la psicóloga fue indagando acerca de los cortes, sobre esto dice:

J: “Me corte porque siento que no tengo motivos para vivir, no aguanto mi vida”

“Es difícil explicar lo que siento, antes de cortarme siento que el mundo se me viene encima, que no puedo más seguir así, por eso salgo corriendo al baño y busco la Gillette. La tengo escondida en el baño de mi casa y ahí empiezo a cortarme y llorar sin parar, después de eso me tranquilizo”.

P: ¿Siempre lo haces en el mismo lugar del cuerpo?

J: “Me corto en las muñecas y algunas veces en las piernas. Mi cuerpo ya no siente el dolor ya estoy acostumbrada, hace mucho que lo hago, no lo hago seguido, es solo cuando siento que no puedo más con mi vida. Ahora todos se asustaron porque venía bien, no lo hacía hace mucho y como fue profundo, se me bajo la presión y me encontró mi abuela. Ella siempre está pendiente de mí porque sabe que soy media loca. Se ríe

P: ¿Recordas cuándo fue el primer corte?

J: “Uh hace muchísimo, ya ni me acuerdo. (Sonríe). Fue a los 14 años, el peor año de mi vida, cuando paso todo lo del tipo que me abuso, le digo tipo porque esa persona no es familiar mío. Fue ahí que empecé a cortarme, después de mi cumpleaños en el mes de mayo. Igual las primeras veces no me animaba a tanto, con el tiempo los cortes se hacen más profundos, depende también de lo que pase.

“Yo lo quiero dejar de hacer, porque sé que me lastimo yo misma y eso no está bueno, pero cuando pasa algo que no aguanto, no puedo controlar mis ganas de cortarme. Los demás piensan que yo me corto para matarme y en realidad no, me corto porque como te digo es lo único que me tranquiliza”.

Comenta que anteriormente había tenido tratamiento psicológico por varias cosas que le pasaron, todo esto lo va contando de manera muy pausada, no lo hacía de forma desenvuelta sino más bien retraída, en voz baja y corporalmente encorvada y con la cabeza gacha.

Conto que fue a tres psicólogas antes y que la última psicóloga la acompañó en todo el proceso legal del abuso sufrido. Dijo que había sido abusada sexualmente por un

tío desde los 8 hasta los 10 años. A la primera que se lo cuenta es a la madre cuando cumple los 14 años. Ahí comienza todo un proceso legal porque el padre hace la denuncia y van a juicio, le tomaron testimonio en cámara Gesell y el abusador fue condenado con la pena máxima. Sobre el abuso había testigos, el tío abusaba de ella delate de un primo.

A raíz de toda esta situación, Jazmín comienza a tener problemas que bordeaban lo psiquiátrico.

J: “Desde que termino lo del juicio yo pensé que iba poder descansar y estar tranquila pero comencé a escuchar voces que me decían que me mate, que yo no soy buena, lo intente varias veces, con pastillas una vez y cortándome. A la noche tengo pesadillas muy feas, me levanto llorando, mi abuela dice que me hicieron un trabajo, o sea, una brujería. Pero nose, es difícil de entender por eso volví”.

“Mi papa y mi abuela no creen en nada, ellos me viven diciendo cosas”

P: ¿Que te dicen?

J: “Y que deje de pensar en cosas feas, que deje de intentar acercarme a mi mama. Ella no me habla desde que yo conté lo del abuso, siempre nos llevamos mal, me dejo a los 5 años y se fue a vivir cerca, nunca me dio bola. A mí me cría mi abuela y mi papa, mi abuela no la puede ni ver a mi mama, se odian. Mi mama pasa frente a mí y me da vuelta la cara, yo no sé para qué me tuvo si no me quería”. (Se angustia)

Jazmín en el momento en que empieza a tener estos delirios a la edad de 14 años hace una consulta con un psiquiatra y la medican con antipsicóticos y ansiolíticos, pero ella misma dice que los dejó de tomar por que se sentía dopada todo el día.

Dice sentirse mal, no tener ganas de nada, no tiene ganas de ir a la escuela de hecho no le gusta ir, no quiere salir. Manifiesta que hace mucho que no se cortaba, en otras oportunidades además de cortarse también tomo pastillas para intentar suicidarse, todo esto sucedió después de que sus padres se separaron. Es decir que Jazmín tiene un historial de conductas autolesivas previo al motivo actual de consulta, lo que alarmó

al padre y sobre todo al tío, tiene que ver con que hacia un tiempo que no tenía estas conductas, lo que ellos dicen es que se la veía bien.

Sobre los cortes expresa:

“Lo único que me alivia cuando estoy triste es cortarme, no lo puedo evitar”

“Se me pone la mente en blanco no puedo pensar en nada, quiero escaparme y siento ganas de cortarme”. “No me acuerdo de nada, lo único que sé es que lo quiero hacer”.

Si bien es real que uno de los desencadenantes de estas conductas auto agresivas tienen que ver con el abuso sexual al que fue sometida, pero a lo largo de la sesiones la psicóloga pudo observar que lo que a ella realmente le afecta tiene que ver con el abandono de la madre, no puede superar el rechazo constante de su madre.

Las recaídas y las ganas de cortarse están en relación directa con este abandono, hay un rechazo muy marcado por parte de la madre, al punto de la provocación:

J: “Como mi mama vive a la vuelta de mi casa, pasa por frente mío y me sobra, ¿vos podes entender que tu mama pase por el frente y te sobre? Yo no puedo creer que sea así, o sea, soy su hija, me tuvo nueve meses en la panza, ¿porque me hace eso? ¿Por qué no me quiere? ¿Por qué no me registra como su hija? Te juro que no entiendo por qué me pasan todas estas cosas a mí.”

La psicóloga manifiesta que ese es el trabajo constante que tiene con Jazmín, por que avanza 5 pasos y retrocede 10 en cada recaída y todas a cerca de la relación con la madre. Además cuenta la profesional que es una adolescente que usa como recurso la manipulación; se re victimiza permanentemente, sobre todo en la casa.

Luego de trabajar un tiempo con Jazmín, se realiza la primera entrevista familiar. Asistió el padre y la abuela de la paciente. Algo que remarca la psicóloga es que le costó mucho trabajar el encuadre sobre todo con el padre, transgredía todo el tiempo, se mostró prepotente, pasando los limites, hablaba y agarraba las cosas que había en el escritorio. Es un papa que no quiere hacerse cargo de lo que sucede, que con el hecho de haberse quedado con Jazmín ya es suficiente; manifestaba lo siguiente:

“No creo en ustedes, no creo en los psicólogos, no creo en los psiquiatras”.

“La Jazmín esta boludeando, esto todo le pasa por que la madre la abandonó, y yo le dije ya que deje de joder con ese tema, que deje que la otra haga lo que quiera”. (Haciendo referencia a su ex esposa).

“Yo trato de sacarla a delante y ella en vez de estar agradecida por que estamos con ella, al contrario nos trae más problemas. Nose hasta cuándo va ser así, ya le dije yo que la termine con esas cosas raras de andar cortándose y queriéndose matar por que va quedar sola”.

La abuela de Jazmín cumple la función de madre, está bastante presente pero manifestó tener una gran rivalidad no solo con la madre de Jazmín sino también con la pareja actual del padre.

Se evidencia cierta ignorancia por parte de ambos familiares en cosas que tienen que ver con la salud psíquica ya que atribuyen todo lo que pasa a una especie de brujería. Frente a esto, la abuela dice:

“Yo ya dije que lo que le pasa a Jazmín es que le hicieron un trabajo y eso seguro viene del circulo de la madre de ella. Aunque nose también porque la novia de él vive metida en las brujas. A él también le digo que esa mujer lo tiene embrujado pero no escucha”.

Es una abuela que compite con las mujeres de su hijo, debido a esta conflictiva el padre de Jazmín está cada vez más alejado de ellas y esto a la joven le afecta mucho, siente que ya no tiene ni a su papá ni a su mamá y además generó mucho ausentismo en el colegio, no hay nadie que controle si va o no. Si bien la abuela cumple la función de madre pero no pone límites.

J: “Lo que pasa es que yo vivo sola, mi papá está todo el tiempo con la novia y bueno mi mamá no me da ni bola. Así que voy al colegio cuando tengo ganas, o sea casi nunca”. (Ríe)

En varias ocasiones Jazmín hizo que la retiren del colegio porque le agarraban ataques de pánico. Sucedió que durante dos semanas aproximadamente, la paciente la llamaba a la psicóloga por teléfono diciendo que no podía respirar, que se sentía mal. Luego de que la saquen del colegio o que responda la psicóloga, los síntomas

desaparecían. En una de las sesiones la psicóloga indago sobre qué era lo que sentía cuando le sucedían estos episodios.

P: contame como es lo que sentís

J: “Siento que me empieza a faltar el aire, que no puedo, me asfixio y tengo que salir”.

P: ¿Y qué haces?

J: “Lo que usted me dijo, que respire, que me tranquilice...”.

P: ¿Y después que pasa?

J: “Y nada. Me van a buscar, mi papa viene a casa se queda hasta que yo me pongo bien pero como que ya se están cansando”.

P: Bueno vamos a hacer una interconsulta con un psiquiatra para ver qué es lo que pasa.

J: “No, no, con un psiquiatra no. Aparte mi papa ya quiere dejar de mandarme por el tema de la plata y si le digo que tiene que pagarme un psiquiatra va querer que deje todo y yo no quiero dejar de venir. Me hace bien venir, aquí puedo contar lo que me pasa. A usted no le puedo mentir”.

P: Se queda en silencio y la mira

J: ¿Qué?

P: Nada, solo la estoy mirando.

J: “No te estoy mintiendo”.

P: ¿Quién hablo de mentir?

J: Bueno, a vos no te puedo mentir.

P: ¿En qué me mentís?

J: “Si ya sé que a usted no la puedo engañar. Pero bueno”. (Agacha la cabeza y miraba para el costado)

P: ¿Qué te pasa Jazmín? ¿Qué sentís?

J: “Me siento derrotada. Siento que se me cayó todo”.

P: Bueno pero miralo como algo positivo, de ahora en más las cosas van cambiar, vos ya no vas a necesitar usar la mentira para tener atención.

J: Es que yo ya no lo quiero tener más, nose porque les miento a todos. (Llora)

P: ¿En qué mentís?

J: “En esto. En lo de las voces”

P: Que pasa con esas voces ¿cómo son? ¿Son exteriores a vos o es como un pensamiento?

J: “Es como algo que me da vueltas en la cabeza, pero a veces me vienen las voces. Muchas veces me despierto en la noche asustada y no puedo dormir. Siento que se me tiran encima, que me agarran, es horrible”

Estos sueños que cuenta la paciente le suceden a menudo, la psicóloga los asocia a las situaciones traumáticas a las que fue sometida por el abuso; ella puede poner en palabras este hecho, se nota que lo ha trabajado anteriormente, lo que a ella la frustra y no la deja avanzar es el abandono de la madre.

Jazmín a la primera que le conto lo que estaba sucediendo cuando era abusada por el tío, fue a su madre. En ese momento la madre le dijo que dejara de mentir, no le creyó. El abusador era familiar de la madre y toda la familia materna lo defendió a él.

J: “Yo con mi mama toda la vida me lleve mal, ella nunca demostró cariño por mí pero por lo menos antes nos hablábamos, el día que lo metieron preso al tipo a mí me hicieron la cruz, ella y toda su familia. Siempre pensaron que yo mentía. Y sobre el abuso hay testigos, él ponía a mi primo a masturbarse mientras abusaba de mí”.

La paciente cada vez que habla de su madre se angustia. Todo el tiempo la espera, su deseo es tener una buena relación con su madre.

Después de esta sesión, Jazmín falta aproximadamente un mes al tratamiento, se llamaba al tutor y no respondía.

Al paso de unas semanas se comunicó el tío paterno de la paciente solicitando una nueva entrevista para Jazmín y manifestando que de ahora en más será él quien responda por el tratamiento de su sobrina.

Al retomar la psicoterapia Jazmín conto a cerca de nuevos cortes:

J: “Pedí volver porque me volví a cortar, no aguante más”.

P: ¿Qué es lo que no aguantas más?

J: “Mi vida, si nadie me quiere, todos me dejan. Cuando me siento sola me pierdo y ahí es cuando no aguanto más”.

La psicóloga describe a Jazmín como una persona de carácter muy fuerte, que no se permite querer, ni sentir, hay un enojo permanente en ella que la lleva a estar siempre en conflicto con el otro. El problema aparece cuando no hay un otro que la mire.

El trabajo con ella es que pueda correrse de ese lugar de conflicto y encontrar otros modos de poder ser mirada.

No puede renunciar al amor de su madre y eso le da culpa:

J: “Me da miedo que a mi abuela le pase algo por todo lo que reniega conmigo. Ella trata de brindarme lo mejor y siempre me dice que para que estoy pensando en mi mama si ella no me quiere, que deje de estar lastimándome que mí mama no sirve. Es difícil, porque mi mama es mi mama, y por más que sea lo que sea yo la quiero a pesar de todo”.

Es destacable que desde que volvió a la sesiones Jazmín fue logrando algunos cambios, comenzó a sentir ese espacio como propio, empezó a hacer consultas sobre cosas que le gustaría hacer, puede reconocer cuando hace algo que no está bien y trata ella misma de cambiarlo, no miente tanto como antes, empezó a proyectarse.

Comenzó a hacer telas, eso es algo que le gusta, siente que la libera; pero le cuesta mucho sostener las actividades por que se encierra en su mundo y abandona todo.

Jazmín cuando empezó con el tratamiento a su mundo lo llamaba “Mi Burbuja”, en esa burbuja ella decide quien entra y quién no, pero ella de ahí no sale decía.

J: “No cualquiera puede entrar a mi burbuja y tampoco me gusta que entren porque yo me encariño fácil y si yo me encariño después me van a dejar”.

Permanentemente pone a prueba a los demás, al padre constantemente le marca y reprocha la falta, a su madre también, al igual que a los amigos. Pero sin embargo hay gente que está presente, hay una abuela que trata de desplegar la función de madre, hay un papa que con sus dificultades esta, un tío que responde.

Tiene muy instalado el ideal de familia, y no poder concretarlo la frustra constantemente, en su realidad psíquica la familia debería estar junta y ser por siempre feliz, en su familia esto no sucede y eso la angustia.

Con respecto a la imagen corporal, ella dijo no sentir su cuerpo, es una joven a la que no le importa demasiado lo estético, tuvo algunos problemas con la iniciación sexual, contó que le costó bastante.

Tiene dificultad para localizar las emociones cuando algo le gusta o le hace sentir bien, no sabe cómo expresarlo porque siempre se relaciona desde el conflicto.

Durante un tiempo a las sesiones llevo algunas inquietudes a cerca de la homosexualidad, expreso:

J: ¿Qué pasa si a mí me parece linda una chica? O por ejemplo si alguna chica me dice que soy linda ¿eso ya significa que soy lesbiana?

P: ¿Por qué me pregunta?

J: no, porque en realidad a mí me gustan los hombres, pero yo no sé porque por ahí uno explora y experimenta, y por ahí también a uno le gusta alguna chica, o alguna chica se confunde con uno, pero yo siento que me gustan los hombres, no creo que yo sea lesbiana. ¿Soy lesbiana?

Claramente está atravesando un periodo de cambios, aparecen inquietudes a cerca de la elección sexual propias de la etapa adolescente.

A pesar de que no le gusta el colegio y no se lleve bien con sus compañeros empezó a proyectar una carrera a futuro y dijo que le gustaría ser policía.

Edad: 18 años

Datos formales: Natalia cursa 2 año de la carrera Ciencias de la educación y trabaja en la fundación “Miradas de amor” como administrativa. A simple vista es una persona amable, se ríe constantemente y físicamente aparenta a ser mayor a la edad que tiene, es bastante delgada en su contextura.

A los 17 años quedo embarazada de su pareja con quien conviven y tienen una hija de un año y cuatro meses.

Se presenta a la entrevista con ropa acorde a la situación. Se evidencia cierta ansiedad y verborragia en su discurso.

Constitución familiar: Su familia está compuesta por su padre (58), madre (55) y Fernando (25) hermano mayor. El padre de la paciente es jubilado de la administración pública, su mama es ama de casa y su hermano estudia la carrera de policía. Es una familia de clase media-baja, en la que conviven sus padres con Fernando.

Natalia vive con su novio (24) y su hija (1) en la casa de sus suegros, con ellos además conviven los hermanos de su pareja. Según la paciente, es una familia más tranquila en donde ella se siente contenida.

Plan terapéutico: Psiquiatría, psicología, psicopedagogía.

Motivo de consulta: Natalia solicita un turno telefónicamente debido a que tiene problemas para rendir en la universidad.

Admisión:

En la entrevista de admisión que es realizada por la psiquiatra de la institución, Natalia manifestó que necesita atención ya que está teniendo problemas para rendir finales, no se presenta a rendir; además cuenta que es anoréxica desde los 14 años y que es otro de los motivos por lo que necesita que alguien la ayuden.

La paciente anteriormente recibió atención psicológica debido a sus 2 intentos de suicidio con fármacos, fue asistida por el servicio de emergencia del hospital Enrique Vera Barros y derivada al servicio de Adolescencia de dicho nosocomio para recibir tratamiento psicológico ambulatorio. Concurrió al servicio durante 3 años aproximadamente. Comenzó a asistir a sus 16 años y dejó cuando cumplió los 18 años, en realidad desde el servicio fue derivada pero ella decidió no seguir con el tratamiento.

Actualmente convive con su novio y sus suegros. Tienen una hija de 1 año y trabaja en una fundación que se dedica a lo solidario “Fundación Miradas de amor”.

Está cursando segundo año de la carrera universitaria Ciencias de la Educación.

Primera sesión

En la primera sesión cuenta que le apasiona el trabajo que tiene y todo lo que tenga que ver con lo solidario.

Observación: es necesario destacar que en el discurso de la paciente aparece la risa constantemente a lo largo de las sesiones.

N: “Trabajo en una fundación que se dedica a todo lo que tiene que ver con temas solidarios como por ejemplo gestionar la comida para los comedores, recolectar ropa, juguetes, alimentos, etc. Yo trabajo en la parte administrativa pero participo en todas las actividades de la fundación”.

“Me apasiona todo lo que tenga que ver con “dar”, ayudar, entregar. Me encanta mi trabajo. Cuando estoy ahí pasan súper rápido las horas, será porque me gusta tanto que no me doy cuenta del tiempo”.

P: Me dijiste que estudiabas una carrera universitaria.

N: “Si. Estudio Ciencias de la educación, estoy en segundo año recién. Me cuesta un poco el tema de los finales, es mucha presión, siento que llego ahí y se me olvida todo, a veces ni llego, la verdad. En el último tiempo no me presente a rendir por eso hablando con mi novio tome la decisión de buscar ayuda”.

“De las mesas en que me inscribí, me presente a muy pocas. Siempre me pasa algo”.

P: ¿Algo como qué?

N: “Algo, no sé, se enferma mi hija o me enfermo yo, tengo que hacer algo más importante. Cosas como esas. Y bueno no me presento”.

P: ¿Ir a rendir no es importante?

N: “Sí. Es importante, solo que muchas veces pienso que no estoy preparada para eso. Me pasa lo mismo con la crianza de mi hija. Estas cosas me estresan y bueno, a veces me cuesta tanto todo”.

P: ¿Todo?

N: “Todo esto que me pasa. Tengo anorexia desde los 14 años. Paré de vomitar cuando me entere que estaba embarazada, porque pobre mi hija no tiene la culpa de lo que soy. Hay épocas en que puedo controlarlo y momentos en los que no. Ahora tengo miedo por mi hija”.

“Ella también es gordita, pobre. La seño del jardín me reto porque dice que solo le mando galletas de arroz y de salvado. Pasa que yo no quiero que sufra lo que sufro yo. Tengo que cuidarla”.

P: ¿Cuántos años tiene su hija?

N: “Un año y cuatro meses, es chiquita”

P: Es una nena que necesita tener una alimentación balanceada porque está en pleno crecimiento, eso debe tenerlo en cuenta.

Segunda sesión

Observación: Sigue con el tema de la risa, en ocasiones son carcajadas.

P: ¿Como esta?

N: “Agotada de esto”

P: ¿Qué es esto?

N: “Esto de la comida”.

“En la fundación por lo general desayuno y cuando vamos a comprar me paso mucho tiempo leyendo las etiquetas y mis compañeras empiezan a apurarme. Pienso todo el tiempo en relación a eso”.

P: Le agota pensar en la comida, entonces.

N: “Me molesta que opinen sobre esto, por eso no lo cuento, yo sé que esto es un problema, lo tengo claro. Por eso vengo aquí porque es muy cansador”.

La paciente manifiesta que los intentos de suicidio fueron para poder parar con “todo esto” que tanto la agota.

- “Los intentos fueron para matar eso que te come la cabeza, esa voz. Pero nunca lo deje del todo porque me gusta”
- “Yo no le tengo miedo a la muerte, el tema no es morir, muchas veces no quise vivir, morirme para mí no es un problema”.

P: ¿Hasta dónde pretendes llegar?

N: “No lo sé. En las redes sociales algunas chicas se ponen un peso ideal, pero yo no. Estoy en varios grupos de Facebook que son como comunidades en donde van publicando fotos y objetivos en cuanto al peso que pretenden. Yo no tengo claro hasta qué peso quiero llegar, lo hago cuando me siento mal y eso es como que me calma. Es parte de mí, no puedo controlarlo, son muchos años haciendo lo mismo, las ganas me vienen sobre todo cuando estoy triste”.

Desde chica piensa y tiene claro que si ella es gorda se muere.

- **“Lo que si dije desde chica es que prefiero morir que ser gorda”.**

En la infancia cuenta que era muy tímida, bailaba árabe y dejó porque no puede exhibir su cuerpo.

La psicóloga observo que antes de ingresar a las sesiones, si se cruza con otras personas camino al consultorio, la paciente se abre para dar paso como si su cuerpo fuera robusto. Incluso una vez a manera de chiste, dijo que no entra por la puerta del consultorio. Esto muestra que hay una distorsión de la imagen corporal.

- **“Me siento gorda, antes me miraba al espejo y me veía gorda, ahora lo tengo aquí” (señala la cabeza).**

- **“Yo sé, me doy cuenta que es un problema lo que pienso, sobre todo porque me agota, me siento cansada. Por eso busco este espacio, porque no sé cómo cambiarlo. Y eso que vengo con psicólogos desde los 14 años cuando intente suicidarme por primera vez”**

Tercera sesión

Cuenta que anda estudiando pero que no le gusta mucho la carrera, ésta comenzando a cursar segundo año, le va bien pero le cuesta rendir. Expresa que le gusta más lo que hace en la fundación.

N: “me gusta mucho la idea de dar. Mi mamá cuando era chiquita no me dejaba dar nada, yo por ahí quería regalar ropa y ella no quería. Siempre crítica que como me voy a meter en esa fundación, que eso no es un trabajo me dice”.

P: ¿Qué relación tiene con su madre?

N: “No es muy buena, siempre fue muy exigente, no me daba vida. Muy exigente con la escuela, si me iba mal o me sacaba bajas nota, tipo un 6 o un 7 se re enojaba, me decía de todo, yo solo la escuchaba, nunca le conteste nada”.

“Lo mismo pasaba cuando iba a árabe, porque de chica bailaba árabe y me vivía comparando con mis compañeras, igual ahí era más chica, pero por ejemplo me exigía que baile mejor que las demás”.

- Es una madre poco afectiva. De hecho oculta su embarazo hasta los 6 meses por miedo a la reacción de sus padres.

P: ¿Por qué no querías que se enteren?

N: “Porque mi mamá me dice que yo soy una loca de mierda”.

- El padre la golpeaba mucho, iba a la escuela con moretones.

Ella queda embarazada a final del 2016, su año más complicado con respecto a la bulimia y la anorexia, además se cortaba y tuvo su segundo intento

“Ese año toque fondo, andaba siempre con los cutter, fue el año en que quede embarazada”

- Los episodios de corte comenzaron a los 14 años en relación con los trastornos de la alimentación y cuando la relación con su mamá empeoró, lo hacía a modo de castigo por comer y ahora lo hace cuando las situaciones la superan. Sobre todo cuando tiene sentimientos hostiles por su hija.

N: “Me corte por primera vez a los 14 años cuando empecé con el tema de la anorexia, después de vomitar me cortaba me llevaba mal con mi mamá y también deje de bailar árabe porque no quería mostrar mi panza, estaba mal”.

“Me metía al baño y me cortaba aquí al costado (señala la cintura), fueron un par de veces nomás. Lo más difícil fue cuando quede embarazada, ese año no podía controlar mis ganas de cortarme, me cortaba las muñecas, en esa época deje de vomitar pero me vivía cortando”.

Hace un año aproximadamente que volvió a tener conductas compulsivas con respecto a la autolesión y el trastorno de alimentación. Le sucede cuando aparece la demanda de su hija y no puede interpretarla.

N: “Yo la amo”

N: “Es como un amor- odio”

Estos sentimientos aparecen cuando tiene que brindarle atención a su hija, en varias ocasiones dice no poder interpretar el llanto de su hija y cuenta que el cuidado durante el embarazo fue un sacrificio para ella.

N: “A veces llora, llora y no entiendo que quiere, eso me desespera”.

P: ¿Le desespera no poder entenderla o que llore?

N: “Las dos cosas. El llanto me saca, tengo miedo de hacerle daño”.

P: ¿Qué sería hacerle daño?

N: “Pegarle como me pegaba mi papá, antes de eso prefiero controlar mi furia cortándome, así me tranquilizo”.

P: Bueno. Pero usted no es igual que su papá ¿o sí?

N: “No, obvio que no. No quiero ser ni como mi mamá, ni como mi papá”.

“Ellos además de tratarnos mal a mí y a mi hermano, se llevan mal entre ellos. En mi casa nadie escucha a nadie. Cuando mis viejos peleaban yo prefería no escuchar y en esos casos tengo la necesidad de cortarme”.

“Yo una vez creo que escuche que mis viejos se querían separa por todo esto. Pero no se no le doy mucha bola a esas cosas. Por eso decidí irme a vivir con mi novio, por lo menos ahí son más tranquilos que en mi casa”.

Cuarta sesión

Se plantea el tema de la violencia de género por parte del novio y la necesidad de cortarse.

N: “Las peleas con mi novio son fuertes, llegamos hasta las manos”.

P: ¿Cómo hasta las manos?

N: “Nos peleamos feo, por momentos tenemos ganas de pegarnos, bueno, él se pone loco y empieza a ser un poco agresivo conmigo”.

P: ¿De qué forma?

N: “Me agarra fuerte del brazo o me grita, me insulta, nunca llegó a pegarme una cacheta pero a veces siento que en cualquier momento lo hace y tengo miedo por mi hija, no porque él vaya a hacerle algo, sé que la ama y la cuida, pero tengo miedo por mí.

P: Usted está segura que su pareja no le va hacer daño a su hija pero dice tener miedo por usted misma. Esto quiere decir que ¿es usted quien tiene miedo de hacerle daño a su hija?

N: “Y, algo así. Yo no es que no la quiera a mi hija, yo pienso y hubiera preferido no tenerla porque si ella no ésta yo puedo descargar y hacer todo eso en los momentos en que me siento mal. Por ejemplo cuando terminan las peleas estas con mi novio que no son seguidas, me dan ganas de cortarme y no puedo porque tengo que quedarme con ella.

“No me quiero separar de él porque no quiero estar sola con mi hija ni mucho menos volver a mi casa con ella”.

P: Es importante poder encontrar otras formas de resolver la angustia, buscar otros modos de descarga.

N: “Si es verdad, pasa que después que hago eso me quedo tranquila, después puedo seguir con mi vida. Y se complica cuando estoy con mi hija, porque no me puedo encerrar en el baño a hacer esas cosas ¿me entiende?”.

En el transcurso de lo que queda de la sesión la paciente cuenta que su padre es ludópata y que la violencia en su casa esta naturalizada.

- “yo me enojo conmigo, no me sale enojarme con los otros, vos me estas puteando o pegando y yo no digo nada pero después me dan unas ganas de cortarme impresionantes”.

Observación final: el material aquí presentado fue una reconstrucción del caso realizada por la psicóloga que atendió a la paciente durante el periodo de 4 sesiones aproximadamente. Luego comenzó el receso de verano y Natalia retomo el tratamiento en el mes de febrero aportando nuevos datos.

Conto que fue abusada por un tío paterno, a los 12 años de edad, el abuso sufrido fue durante un año aproximadamente. Se lo dijo a sus padres cuando tenía 16 años, en ese momento es cuando intentó quitarse la vida. Los padres en ese momento no hicieron la denuncia por que el tío ya no vivía en la provincia entonces creyeron que no era conveniente. Cuando Natalia lo conto en la sesión comenzó a angustiarse, pero la psicóloga manifiesta que no es una angustia real.

En el siguiente encuentro le manifestó a la psicóloga tener la necesidad de viajar a la provincia donde vive su tío para ir a verlo e increparlo por lo sucedido. De hecho contó que viajó anteriormente en una oportunidad y no se animó a acercarse.

Al término de la sesión, se despiden y Natalia salió al patio de la institución para irse a su casa. Pasado un intervalo de tiempo, la psicóloga salió a buscar a otro paciente y la vio sentada, se acercó a preguntarle qué le sucedía y Natalia le manifestó en

medio del llanto el deseo de cortarse. De inmediato la psicóloga mando a llamar a la psiquiatra para que acompañe en la situación. Cuando vio que todos empezaron a preocuparse por lo que estaba sucediendo, comenzó a decir que estaba bien, que ya se le había pasado y que ya se iba. A pesar de que la psiquiatra insistió para que tengan una charla, Natalia decidió irse.

La psicóloga manifiesta que está muy marcado en ella el hecho de llamar la atención, dijo que si bien ella sostiene el tratamiento no hay una real conciencia de enfermedad.

N: “Ya me decidí en dejar a universidad por que no puedo con todo”.

“Acá yo me rio y no puedo contar como son las cosas que me pasan, estaba pensando en escribir lo que siento... hay momentos en mi casa que tengo muchas ganas de cortarme, no aguanto, al último cutter que compre mi novio me lo escondió o me lo tiro en la última pelea que tuvimos”.

Los cortes que se realiza Natalia no son profundos, son líneas finas horizontales. Tiene varias cicatrices en la muñeca de tamaño similar.

Por lo que se pudo indagar, la psicóloga le tomo solo el DFH como técnica proyectiva. Según lo que manifestó la terapeuta el dibujo no tenía cara, ni manos, mucho menos cabello, el único detalle que realizo es una panza como con varios rollos; le puso de nombre Soledad con una edad de 24 años. Ubico el dibujo en la parte central de la hoja horizontal.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- ❖ Barrionuevo, J. (2000). *“Juventud y actual modernidad: una lectura desde el psicoanálisis”*.- Buenos Aires: Argentina. Editorial: Eudeba.
- ❖ Barrionuevo, J. (2001) *“Suicidios e intentos de Suicidio”* en *“Adolescencia – Adolescentes”*. Barrionuevo, J y Cibeira, A. Ed. Tekné. Bs As.
- ❖ Barrionuevo, J. (2008) *“Temas teóricos de psicopatología (de la psicosis a patologías del acto)”*. Gabas editorial, Bs As.
- ❖ Bion (1963). *“Elementos del psicoanálisis”*. Buenos Aires; Paidós, 1966.
- ❖ Casadó, Lina. *“Cuando de la herida emana lo que de la boca es silenciado: símbolos y significados de las practicas autolesivas entre los jóvenes”*, Sitio Web.
- ❖ Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) públicas en 2014.
- ❖ Ey, H. (2008) *“Estudios Psiquiátricos”*. Vol. 1. Ed. Polemos. Bs As.
- ❖ Freud, S. (1905). *“Tres ensayos sobre teoría sexual”*. Amorrortu.
- ❖ Freud, S. (1914) *“Introducción al Narcisismo”*.
- ❖ Freud, S. (1917) *“Duelo y Melancolía”*.
- ❖ Freud, S. (1921) *“Psicología de las masas y análisis del yo”*.
- ❖ Freud, S. (1923). *“Yo y Ello”*.
- ❖ Freud, S. *“La Feminidad”*. 1933, Pág.: 123. (Vol. XXI pp. 104 – 125). Bs As. Amorrortu.
- ❖ Grippo J. (2012). Psiconotas: *“Blog de psicología, psiquiatría y psicoanálisis”*.
- ❖ Janin, B y Kahansky, E. (2009). *“Marcas en el Cuerpo de niños y adolescentes”*.- Buenos Aires: Argentina; 1aed. Editorial: Noveduc Libros.
- ❖ Joyce McDougall. (1987). *“Teatros de la mente – ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico”*. Madrid; Tecnipublicaciones.
- ❖ Kancyper, L. (1985). *“Adolescencia y a posteriori”*. Revista Asociación Psicoanalítica Argentina. N° 3.
- ❖ Kancyper, L. (2003). *“La Confrontación generacional en la adolescencia”*.
- ❖ Lacan, J. (2013) *“La tópica de lo imaginario”*. En Lacan, J. *“Los escritos técnicos de Freud”*.- 1a ed. Buenos Aires: Argentina. Editorial: Paidós.
- ❖ Lado, S y Manrique, G. *“Conductas sexuales abusivas: demarcándose de un destino posible”*. Trabajo presentando en el marco de las XXI Jornadas de Niñez y Adolescencia; UBA. Sitio Web.

- ❖ Laplanche, J y Pontalis, J-B. (2004). *“Diccionario de Psicoanálisis”*. 1ª ed. Buenos Aires: Argentina. Ed. Paídos.
- ❖ Leclaire, S. (1977). *“Matan a un niño”*. Amorrortu.
- ❖ Lenarduzzi, H. (2005). *“Entre biología y cultura. Un estudio psicosomático en la infancia y adolescencia”*. Cap. 8: *“Esquema corporal e imagen corporal en la adolescencia”*.
- ❖ Lenarduzzi, H. *“Vulnerabilidad Psicosomática en la Adolescencia”*. Cap. 9.
- ❖ Nasio, J-D. (2008). *“Mi cuerpo y sus imágenes”*. 1ª ed. Buenos Aires: Argentina. Editorial: Paídos.
- ❖ Osorio, F. (2015). *“Cortarse”*.- 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ediciones Urano.
- ❖ Perrone, H. *“El equipo interdisciplinario frente a el trabajo con adolescentes difíciles y graves”*.
- ❖ Ponce de León, M. (2005) *“El Psicoanálisis y la Interdisciplina en la clínica de niños”*. Revista Uruguaya de psicoanálisis N° 100.
- ❖ Pujó, M. (2010). *“Revista Psicoanálisis y El Hospital”* N° 37.- *“La Adolescencia Hoy”*. Ediciones del Seminario.
- ❖ Roudinezio, E. (1998) *“Diccionario de Psicoanálisis”*. Ed. Paídos. Bs As.
- ❖ Toporosi, S. (2018) *“En carne viva”*. *“Abuso sexual infanto juvenil”*. Ed. Tapia.
- ❖ Videla, M. (1990). *“Modernidad: mito y realidad”*. Buenos Aires; Argentina. Nueva Visión.
- ❖ Viñar, M. (2009). *“Mundos adolescentes y Vértigos civilizatorios”*. Uruguay. Grafica Don Bosco.
- ❖ Zamorano, S. (2010). *“Cortes que hacen cuerpo”*. En *“Revista psicoanálisis y El Hospital”*. N ° 37. Ed. Seminario.



COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo _____, identificado con DNI No. _____; Teléfono: _____; E-mail: _____

autor del trabajo de grado titulado _____

presentado y aprobado en el año _____ como requisito para optar al título de _____; autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la institución, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central, sin producir cambios en el contenido; la consulta y reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de tesis/trabajo final de investigación: _____

- Declaro bajo juramento que la presente cesión no infringe ningún derecho de terceros, ya sea de propiedad industrial, intelectual o cualquier otro, y garantiza asimismo que el contenido de la obra no atenta contra los derechos al honor, a la intimidad y a la imagen de terceros.
- El titular, como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que el IUCS se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad, sea civil, administrativa o penal (incluido el reclamo por plagio) y que el mismo asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

2. Identificación de la tesis/trabajo final de investigación:

TITULO del TRABAJO: _____

Director/Tutor: _____

Fecha de defensa ____/____/____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a) Texto completo ☐ a partir de su aprobación

b) NO AUTORIZO su publicación ☐

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO serán difundidas en el catálogo de la biblioteca (catalogo.barcelo.edu.ar) mediante sus citas bibliográficas completas y disponibles sólo para consulta en sala en su versión completa en la biblioteca.

Firma del autor

Firma del Director/Tutor

Lugar _____

Fecha ____/____/____